

**MANUAL DE NORMAS
Y PROCEDIMIENTOS DEL
SISTEMA NACIONAL
DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA**

SI.NA.VE – 1.999

**REVISIÓN INTERNACIONAL
2.000**

AUTORIDADES

MINISTRO DE SALUD

DR. HECTOR LOMBARDO

SECRETARIA DE ATENCIÓN SANITARIA

DR. ARNOLDO CASTILLO

**SUBSECRETARIA DE PROGRAMAS DE
PREVENCIÓN Y PROMOCION**

DR. JAVIER O. VILOSIO

**DIRECTOR NACIONAL DE MEDICINA
SANITARIA**

DR. CARLOS MARIA JULIA

a/c DIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA

DRA. CLARA RIVA POSSE

**a/c PROGRAMA NACIONAL DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLOGICA**

DRA. MIRTHA EIMAN GROSSI

INDICE

	<u>PAG.</u>
-AUTORIDADES	2
-CONTENIDO	5
-COMISION NACIONAL ASESORA EN VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	6
-COMISIONES DE EXPERTOS NACIONALES E INTERNACIONALES	6
-PARTICIPANTES EN LA REUNION NACIONAL DE REVISIÓN DEL DOCUMENTO	8
-REVISORES INTERNACIONALES	10
- CAPITULO I	11
- 1. PRESENTACIÓN – USO Y AMBITO DE APLICACIÓN	12
- 2. ANTECEDENTES Y PERSPECTIVA PARA EL FUTURO	12
- 3. MARCO LEGAL	13
- 4. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	13
- 5. SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (SINAVE)	14
- 5.1. DESCRIPCIÓN	14
- 5.2. ORGANIZACIÓN	14
- 5.3. RESPONSABILIDADES POR NIVELES	15
- 6. ACTIVIDADES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (DE ACUERDO A NIVELES)	16
- 6.1. RECOLECTAR Y NOTIFICAR LOS DATOS	16
- 6.2. CONSOLIDAR, PROCESAR Y ANALIZAR LOS DATOS	18
- 6.3. FORMULAR RECOMENDACIONES	19
- 6.4. DIFUNDIR LA INFORMACIÓN	19
- 6.5. EVALUCION Y SUPERVISIÓN	20
- 7. ATRIBUTOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA PARA SU EVALUACIÓN CUALITATIVA	21
- CAPITULO II	22
- 1. METEDOS DESCRIPTIVOS Y ANALÍTICOS	23
- 2. CONCEPTOS DE ANÁLISIS EPIDEMIOLOGICO	23
- 3. TIPOS DE EPIDEMIA	24
- 4. CALCULOS DE NIVEL ENDÉMICO	25
- 5. INDICE EPIDÉMICO SEMANAL E INDICE EPIDÉMICO ACUMULADO	25
- 6. INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO	26
- 6.1. ETAPAS DE UNA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE CAMPO	26
- 6.2. EL PROCESO: INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS PRELIMINAR	27
- 6.3. AMPLIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS – CONCLUSIONES	29
- CAPITULO III	30
- LISTADO ALFABETICO DE ENFERMEDADES NOTIFICABLES	31
- INTRODUCCIÓN	32
- 1. ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	33
- 1.1. COQUELUCHE	34
- 1.2. DIFTERIA	36
- 1.3. PARÁLISIS FLACCIDAS AGUDAS	38
- 1.4. PAROTIDITIS INFECCIOSA	40
- 1.5. RUBÉOLA	41
- 1.6. SARAMPIÓN	42
- 1.7. TETANOS NEONATAL	45
- 1.8. TETANOS OTRAS EDADES	46
- 2. MENINGOENCEFALITIS	47
- 2.1. MENINGITIS: TIPOS Y DESCRIPCIÓN CLINICA	48
- 2.2. MENINGITIS NO PIOGENA	49
- 2.3. MENINGITIS MENINGOCÓCCICA	50
- 2.4. MENINGITIS POR HAEMOPHILUS	52
- 2.5. MENINGITIS Neumocóccica	54
- 2.6. MENINGITIS TUBERCULOSA NIÑOS <5 AÑOS	55
- 3. GASTROENTERICAS	57
- 3.1. BOTULISMO	58
- 3.2. COLERA	60
- 3.3. DIARREAS AGUDAS	62
- 3.4. FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEAS	64
- 3.5. MAREA ROJA	66
- 3.6. SÍNDROME UREMICO HEMOLÍTICO	67
- 3.7. TOXIINFECCION ALIMENTARIA (BROTE ETA)	68
- 3.8. TRIQUIÑOSIS	69
- 4. HEPATITIS	70
- 4.1. HEPATITIS VIRICA "A"	71

- 4.2. HEPATITIS VIRICA "B"	73
- 4.3. HEPATITIS VIRICA "C"	75
- 4.4. HEPATITIS DELTA	76
- 4.5. HEPATITIS VIRICA "E"	77
- 5. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	78
- 5.1. GONOCOCICAS	79
- 5.2. SÍFILIS ADULTOS Y CONGENITA	80
- 5.3. SIDA	81
- 6. RESPIRATORIAS AGUDAS	83
- 6.1. INFLUENZA	84
- 6.2. NEUMONÍA	85
- 7. VECTORIALES	87
- 7.1. CHAGAS AGUDO Y CONGENITO	88
- 7.2. DENGUE CLÁSICO, HEMORRÁGICO	90
- 7.3. FIEBRE AMARILLA	93
- 7.4. LEISHMANIASIS	96
- 7.5. PALUDISMO	98
- 8. ZONÓTICAS	100
- 8.1. BRUCELOSIS	101
- 8.2. CARBUNCO	103
- 8.3. FIEBRE HEMORRAGICA ARGENTINA	104
- 8.4. HANTAVIRUS (SÍNDROME PULMONAR)	106
- 8.5. HIDATIDOSIS	108
- 8.6. LEPTOSPIROSIS	110
- 8.7. PSITACOSIS	111
- 8.8. RABIA	112
- 9. OTRAS ENFERMEDADES	115
- 9.1. LEPRO	116
- 9.2. TUBERCULOSIS	117
- 9.3. INFECCIÓN HOSPITALARIAS	119
- 9.4. EMERGENTES Y REEMERGENTES	120
- CAPITULO IV	123
- 1. EL LABORATORIO EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	124
- 2. RED DE LABORATORIOS	126
- 2.1. REFERENCIA NACIONAL DE CHAGAS – DENGUE – LEISHMANIASIS	126
- 2.2. LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA DE FIEBRE AMARILLA	126
- 2.3. LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA DE BOTULISMO	126
- 2.4. REFERENCIA NACIONAL DE CHAGAS	126
- 2.5. REFERENCIA NACIONAL DE PALUDISMO	127
- 2.6. REFERENCIA NACIONAL DE Leishmaniasis	127
- 2.7. REFERENCIA NACIONAL DE TUBERCULOSIS	127
- 2.8. REFERENCIA NACIONAL DE LEPRO	127
- 2.9. REFERENCIA NACIONAL DE HANTAVIRUS	127
- 2.10. REFERENCIA NACIONAL ETS Y SIDA	128
- 2.11. UNIDADES CENTINELAS DE HEPATITIS VIRALES	128
- 2.12. FIEBRE HEMORRAGICA ARGENTINA – CENTROS DE REFERENCIA PROVINCIALES Y BANCOS DE PLASMA INMUNE	129
- 2.13. RED NACIONAL DE LABORATORIOS DE ENFERMEDADES FEBRILES EXANTEMATICAS (EFE) – PROGRAMA NACIONAL DE ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN	130
- 3. TOMA DE MUESTRAS	133
- ANEXOS	140
- 1. FICHAS ESPECÍFICAS	141
- 1.1. C2	142
- 1.2. L2	143
- 1.3. POLIOMIELITIS	145
- 1.4. RUBÉOLA CONGENITA	146
- 1.5. BROTE DE ETA	147
- 1.6. SARAMPIÓN	148
- 1.7. HEPATITIS	149
- 1.8. SÍNDROME UREMICO HEMOLÍTICO	151
- 1.9. BOTULISMO	154
- 2. LISTADO LEGISLACIÓN SANITARIA	156
- 3. GLOSARIO	157
- 4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	171

CONTENIDO

Capítulo I:

- Presentación – Uso y ámbitos de aplicación
- Antecedentes y perspectivas para el futuro
- Marco Legal
- Vigilancia Epidemiológica
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SI.NA.VE)
- Actividades de la Vigilancia Epidemiológica

Capítulo II:

- Métodos descriptivos y Analíticos
- Conceptos de Análisis Epidemiológico
- Tipos de epidemias
- Cálculos de Nivel Endémico
- Índice Epidémico Semanal y Acumulado
- Investigación Epidemiológica de Campo

Capítulo III:

- Listado por orden alfabético
- Introducción
- Inmunoprevenibles
- Meningitis
- Gastroentéricas
- Hepatitis
- Enfermedades de Transmisión Sexual
- Respiratorias Agudas
- Vectoriales
- Zoonóticas
- Lepra
- Tuberculosis
- Infección hospitalaria
- Emergentes y Reemergentes

Capítulo IV:

- El laboratorio en la Vigilancia Epidemiológica
- Referencias Nacionales
- Redes Provinciales
- Toma de muestras según patología

ANEXOS:

- Fichas Específicas
 - Instrumentos de la Vigilancia C2, L2, L2 gastroentérica
- Fichas específicas de patologías
 - Sarampión
 - Parálisis Fláccidas
 - Síndrome Urémico Hemolítico
 - Hepatitis
 - Rubéola Congénitas
 - Brote de ETA
- Glosario
- Legislación vigente
- Bibliografía consultada

COMISIÓN NACIONAL ASESORA EN VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Porras, Casimiro	Coordinador de Comisión Nacional – Director Epidemiología Pcia. Mendoza
Eiman Grossi, Mirtha L.	Secretaría – Jefe Programa Nacional Vigilancia Epidemiológica
López de Neira, María Josefina	Subdirectora Coordinación Sanitaria - Pcia. de Córdoba
Verzeri, Lilian Nora	Jefa Dpto. Pat. Transmisibles - Pcia. de Buenos Aires
Elder, Malco	Área Epidemiológica - Pcia. del Neuquén
Latini, Omar A.	Jefe Dpto. Diag. y Referencia - I.N.E.R. "E. Coni" A.N.L.I.S. C. G. Malbrán
Lawrynowicz, Alicia E. B.	Jefa Epidemiología - I.N.E. "J. Jara" A.N.L.I.S. C. G. Malbrán
Ranaivoarisoa, Marie Ivonne	Directora de Epidemiología – Provincia de Formosa
Monsalvo, Julio	Asesor de Salud - Instituto de Cultura Popular - (INCUPO)
Pelizardi, Raúl Inocencio	Director Epidemiología - Pcia. del Chaco

COMISIONES DE EXPERTOS NACIONALES E INTERNACIONALES

INMUNOPREVENIBLES

López de Neira, María	Directora de Epidemiología - Pcia. de Córdoba
Bologna, Rosa	Soc. Arg. Infectología
Isurrieta, Héctor	OPS/OMS
López, Eduardo	Soc. Arg. de Infectología
Manterola, Alberto	Hospital Garrahan - Ciudad de Buenos Aires
Miceli, Isabel P.	Dirección. Epidemiología - M. S. Nación
Passeggi, Carlos	Lab. Central – Pcia. de Santa Fe
Peltola, Heikki	Infectología – Universidad de Helsinki - Finlandia
Smud, Rubén	Dirección Epidemiología - M. S. Nación

GASTROENTERICAS

Eiman Grossi, Mirtha	Programa Nacional Vigilancia Epidemiológica
Ameztoy, Ana M.	ETA - I.N.E. "J. Jara" - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán
Belloto Albino	I.N.P.P.A.Z. – OPS/OMS
Binsztein, Norma	I.N.E.I. - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán
Farasi, María Isabel	I.N.E.I. - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán
Flores, María Angélica	Maternidad e Infancia - M. S. Nación
Gómez, Jorge	I.N.E.I. - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán
Massana Wilson, Mario	Prog. Nac. Cólera – M. S. Nación
Orduna, Tomás	Hosp. Muñiz – Ciudad de Buenos Aires
Rivas, Marta	I.N.E.I. - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán
Salinas, Susana	Asesoría en Cólera - Pcia. de Salta
Velich, Teresa	I.N.A.L. – ANMAT
Hernández Pezzi, Gloria	Sistema de Notificación Obligatoria - España

RESPIRATORIAS

Bortman, Marcelo	VIGI-A
Caravajal, Guadalupe	CEMIC
Colinos, Cristina	I.N.E. "J. Jara" - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán

Fernández, Hugo	I.N.E.R. "E. Coni" - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán
Flores, María Angélica	Maternidad e Infancia - M. S. Nación
Knez, Violeta	Fac. Medicina - U.N.C.
Riva Posse, Clara	Dirección Epidemiología - M. S. Nación
Ruvinski, Raúl	Hospital Durand - Ciudad de Buenos Aires
Savy, Vilma	Virología - I.N.E.I. - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán
Ues, Osvaldo	I.N.E. "J. Jara" - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán

HEPATITIS

Ranaivoarisoa, Marie Ivonne	Epidemiología – Pcia. Formosa
Fay, Oscar	Centro Tecnología Salud Pública – Rosario
Fryder, Bernardo	Hospital Argerich
Gentile, Angela	Soc. Arg. Pediatría
Ramonet, Margarita	Hosp. Nac. Posadas
Rey, Jorge	Hospital de Clínicas - U.B.A.
Riva Posse, Clara	Dirección Epidemiología - M. S. Nación
Vermé, Alicia	Dirección Epidemiología - M. S. Nación

MENINGITIS

Eiman Grossi, Mirtha	Programa Nacional Vigilancia Epidemiológica - M. S. Nación
Bologna, Rosa	Soc. Arg. Infectología
Freire, Cecilia	I.N.E.I. - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán
López, Eduardo	Soc. Arg. Pediatría
Regueira, Mabel	I.N.E.I. - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán
Teyseire, Susana	Dirección Epidemiología - Pcia. de La Pampa

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Ranaivoarisoa, Marie Ivonne	Dirección Epidemiología – Pcia. Formosa
Astarloa, Laura	Programa Nacional de SIDA - M. S. Nación
Bloch, Claudio	LUSIDA
Fiorito, Susana	I.N.E.I. - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán
Hereñú, Rolando	Hospital Naval
Lago, Jorge	Dirección Epidemiología - M. S. Nación
Parissi, Antonio	Prog. E.T.S. – SIDA – Mun. S. Isidro
Silva Nieto, Fernando	Programa Nacional de SIDA - M. S. Nación
Sobel, Norma	Inst. de Oncología "Dr. Raffo"
Teyssié, Angélica	I.N.E.I. - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán
Urrusuno, José	Dirección Epidemiología - M. S. Nación.

ZOONOTICAS

Verzeri, Lilian Nora	Dirección Epidemiología – Pcia. Buenos Aires
Boffi, Rolando	Prog. Nac. Zoonosis y Vectores - M. S. Nación
Cernigoi, Beatriz	Hospital Muñiz – Ciudad de Buenos Aires
Di Mitri, María Inés	I.N.E.I. - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán
Enría, Delia	I.N.E.Vi.H. "Dr. Maiztegui" - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán
Levis, Silvana	I.N.E.Vi.H. "Dr. Maiztegui" - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán
Seijo, Alfredo	Servicio Zoonosis - Hosp. Muñiz - Ciudad de Buenos Aires
Volpe, Jorge	Zoonosis Rurales del Sur – Azul

VECTORIALES

Lawrynovicz, Alicia	Metodología de la Investigación – I.N.E. "Jara"
Avilés, Gabriela	I.N.E.Vi.H. "Dr. Maiztegui" - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán

Blanco, Sonia	Control de Vectores - M. S. Nación
Boffi, Rolando	Prog. Nac. Zoonosis y Vectores - M. S. Nación
Salomón, Daniel	CENDIE - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán
Schweizmann, Nicolás	Fac. Cs. Exactas - U.B.A.
Sosa, Sergio	Servicio Epidemiología - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán
Zeiderman, Mario	Chagas - Pcia. de Salta.

INFECCIONES NOSOCOMIALES.

Vermé, Alicia	Dirección Epidemiología Nivel Nacional
del Castillo, Marcelo	Prog. Nac. Inf. Hospitalarias - M. S. Nación
Losa, Guillermo	I.N.E. "J. Jara" - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán
Maimone, Stella	Asociación de Enfermeras en Control de Infecciones (ADECI)
Marcó del Pont, José	Sociedad Argentina de Pediatría
Prieto, Sergio	Hospital Bocalandro
Jasovich, Abel	Soc. Arg. de Infectología

PARTICIPANTES EN LA REUNION NACIONAL DE REVISIÓN DEL DOCUMENTO.

Acosta, Cristina	Coord. Del. San. Federal	M. S. Nación	
Alonso, Adriana	Dirección de Epidemiología	M. S. Nación	
Ameztoy, Ana María	I.N.E. "J. Jara" - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán	M. S. Nación	
Arellano, Odila	Dpto. Epidemiología	Min. Salud	Río Negro
Avilés, Gabriela	Lab. Arbovirus - I.N.E.V.H. "Maiztegui"	M. S. Nación	
Battistini, Teresa	Vig. Epid. e Inmuniza.	Min. Salud	Catamarca
Bibini, Pedro A.	Del. Sanit. Federal	M. S. Nación	La Pampa
Bissotto, Lía de	APS-Chagas	Min. Salud	Catamarca
Blanco, Sonia	Control de Vectores	M. S. Nación	
Borsotti, Graciela	Del. San. Federal	M. S. Nación	Córdoba
Bortman, Marcelo	VIGI-A		
Brizuela, Luis E.	Pat. Transmisibles	Min. Salud	Bs. As.
Brizuela, Nito A.	Dpto. Epidemiología	Min. Salud	La Rioja
Bruno, Carlos R.	Del. San. Federal	M. S. Nación	Bs. As.
Busto, Silvina	Epidemiología	Region V	Bs. As.
Calderón, Marta	Epidemiología	Min. Salud	Santa Fe
Carlino, Oreste I.	Epidemiología	Región II	Bs. As.
Carrizo, Irma N.	Vig. Epidemiológica	Min. Salud	Jujuy
Colino, María C.	I.N.E. "J. Jara" - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán	M. S. Nación	
Dato, María I.	I.N.E.R. "E. Coni" - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán	M. S. Nación	
Díaz, Mario M.	Dpto. Zoonosis	Min. Salud	Neuquen
Diumenjo, María	Dirección Epidemiología	Min. Salud	Mendoza
Duarte, María de los A.	Epidemiología	Min. Salud	Bs. As.
Echevarría, Mario	Dirección Zoonosis	Min. Salud	Chaco
Eiman Grosi, Mirtha	Dirección de Epidemiología	M. S. Nación	
Esper, Mario	Dirección de Epidemiología	Min. Salud	Misiones
Espetxe, Salomé	Dirección de Epidemiología	M. S. Nación	
Fiorito, Susana M.	I.N.E.I. - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán	M. S. Nación	
Flores, Isolina del C.	Prev. De Pat. Trans. por Vector	Min. Salud	Tucumán
Forlenza, Raúl	Prog. Eliminación	Sec. de Salud.	C. de Bs. As.
Franchini, Graciela E.	Dpto. Chagas	Min. Salud	Corrientes
Frias Céspedes, María	Epidemiología	Min. salud	Córdoba
Frisón, Silvia R.	Dpto. Zoonosis	Min. Salud	Jujuy
García, Graciela M.	Epidemiología	Region X	Bs. As.

Gentile, Angela	Epidemiología	Hos. de Niños	C. de Bs. As.
Gómez, Beatriz	Epidemiología	Min. Salud	La Rioja
Granado, Enrique	Dirección de Epidemiología	M. S. Nación	
Guarnera, Eduardo	Epidemiología	Region VII A	Bs. As.
Haick, Juan G.	Epidemiología	Min. Salud	S. del Estero
Hidalgo Corrales, M. E.	Epidemiología	Region IX	Bs. As.
Hidalgo, Solange	Dirección de Epidemiología	M. S. Nación	
Iriarte, Jorge A.	Dpto. Epidemiología	Min. Salud	Chubut
Iturriaga, Carlos	Del. San. Federal	M. S. Nación	Chubut
Lago, Jorge	Dirección de Epidemiología	M. S. Nación	
Lamela, Isabel	Vig. Epid.	Sec. de Salud	C. de Bs. As.
Larrieu, Eduardo	Zoonosis	Min. Salud	Río Negro
Leguizamo, Esteban	Epidemiología	Region VII A	Bs. As.
Lencinas, Oscar E.	Inst. Pasteur	Min. Salud	C. de Bs. As.
Levis, Silvana	INEVH "Maiztegui" - ANLIS - C. G. Malbrán	M. S. Nación	
López de Neira, María J.	Epidemiología	Min. Salud	Córdoba
López, Raúl A.	Zoonosis	Min. Salud	Catamarca
Martín, Ubaldo	Dirección de Zoonosis	Min. Salud	Santa Fe
Masana Wilson, Mario	Dirección San. Fronteras	M. S. Nación	
Masú, Graciela	Epidemiología	Region VI	Bs. As.
Miceli, Isabel P.	Dirección de Epidemiología	M. S. Nación	
Montivero, Lucía	Dirección de Epidemiología	SIPROSA	Tucumán
Morán, Norberto	I.N.P.P.A.Z.	OPS/OMS	
Moreno, Julio A.	Supervisión Programas	Min. Salud	Catamarca
Mustapic, Juana	Vg. Eid.	Min. Salud	T. del Fuego
Nadalich, Mariano R.	Dirección de Estadísticas	Min. Salud	Santa Cruz
Ortiz, Zulma	VIGI – A		
Otaño, Analía	Del. San. Federal	M. S. Nación	Chaco
Panero, María S.	Epidemiología	Min. Salud	Santa Fe
Pascual, Antonio J.	Dirección Epidemiología	Min. Salud	Corrientes
Pedroni, Elena	Epidemiología	Min. Salud	Entre Ríos
Pelizardi, Inosensio	Dirección de Epidemiología	Min. Salud	Chaco
Peruzzo, Roberto	Epidemiología	Región VIII	Bs. As.
Picon, Julio C.	Del. San. Federal	M. S. Nación	Tucumán
Poyard, Eleonora	Dirección de Epidemiología	M. S. Nación	
Regueira, Mabel	I.N.E.I. - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán	M. S. Nación	
Repetto, Alberto	Dirección de Epidemiología	M. S. Nación	
Reussi Braga, Carlos	Del. San. Federal	M. S. Nación	Río Negro
Ricciardelli, Patricia	Epidemiología	Región IV	Bs. As.
Richter, Erwin	Dirección de Epidemiología	Min. Salud	Salta
Rico, Osvaldo	Epidemiología	Región VII B	Bs. As.
Ripoll, Carlos M.	Epidemiología	Min. Salud	Jujuy
Riva Posse, Clara	Dirección de Epidemiología	M. S. Nación	
Sabao, Raimundo	Del. Sanit. Federal	M. S. Nación	Santa Fe
Salvadores, Bernardo	Prom. y Protección	Min. Salud	Santa Fe
Sarmiento, Graciela	Coordinación Médica	Min. Salud	San Luis
Savy, Vilma	I.N.E.I. - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán	M. S. Nación	
Smud, Rubén	Dirección de Epidemiología	M. S. Nación	
Sobel, Norma	Hosp. Roffo	Sec. de Salud	C. de Bs. As.
Sosa, Sergio	Epid. - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán	M. S. Nación	

Teyseire, Susana	Dpto. Epidemiología	Min. Salud	La Pampa
Teyssié, Angélica	I.N.E.I. - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán	M. S. Nación	
Trincheri, Amalia	Epidemiología	Region XI	Bs. As.
Uez, Osvaldo	I.N.E. "J. Jara" - A.N.L.I.S. - C. G. Malbrán	M. S. Nación	
Urrusuno, José Luis	Dirección de Epidemiología	M. S. Nación	
Velásquez, Mateo R.	Zoonosis	Min. Salud	Córdoba
Velich, Teresa	Dpto. Alimentaria - INAL - ANMATI	M. S. Nación	
Verdejo, Guadalupe	Epidemiología	OPS/OMS	
Vermé, Alicia	Dirección de Epidemiología	M. S. Nación	
Verzeri, Lilian Nora	Dpto. Pat. Transmisibles	Min. Salud	Bs. As.
Villalba, Juan C.	Pat. Prevalentes	Sist. Pcial. Salud	Chubut
Yaryour, Nélica	Epidemiología	Region III	Bs. As.
Zanini, Fabián	Prog. Hidat. y Zoonosis	Dir. Fisc. Sanitaria	T. del Fuego

REVISORES INTERNACIONALES

CHILE: Ximena Aguilera
Marisol del Carmen Concha Barrientos

ESPAÑA: Fernando Martínez Navarro
Odorina Tello Anchuela
Carmen Amela Heras

CAPITULO I

- 1. - Presentación - Uso y ámbito de aplicación. Pág. 12.**
- 2. - Antecedentes y perspectiva para el futuro. Pág. 12.**
- 3. - Marco Legal. Pág. 13.**
- 4. - Vigilancia Epidemiológica. Pág. 13.**
- 5. - Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). Pág. 14.**
- 6. - Actividades de la Vigilancia Epidemiológica. Pág. 16.**

1-PRESENTACION – USO Y AMBITO DE APLICACION

Esta es la 2º edición del MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTO PARA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA de referencia para todos aquellos que desarrollan acciones de Vigilancia Epidemiológica en el país. La primera publicación fue realizada en diciembre de 1995.

Este Manual contempla la inclusión paulatina de enfermedades no transmisibles y enfermedades emergentes y reemergentes que se sumaran a este listado.

El primer capítulo contiene conceptos de Vigilancia epidemiológica y desarrollo del sistema nacional. El segundo capítulo presenta nociones del análisis epidemiológico que enriquecen y favorecen la práctica de la Vigilancia. El tercer capítulo abarca las enfermedades y síndromes bajo vigilancia. El cuarto capítulo incorpora el laboratorio en la Vigilancia Epidemiológica, tomas de muestras, laboratorios de referencia nacionales y redes de laboratorio.

Todas las definiciones e información sobre las enfermedades que constan en este Manual fueron revisadas y actualizadas por expertos nacionales e internacionales, examinados y observados por la Comisión Asesora Nacional de Epidemiología y los referentes provinciales de Epidemiología, Zoonosis y Saneamiento Ambiental y Delegados Sanitarios Federales, y finalmente aprobados por las Autoridades Nacionales de Salud del país, lo que le otorga fuerza legal.

2. – ANTECEDENTES Y PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica se viene desarrollando con un nuevo empuje desde 1993, reformulándose con la incorporación del laboratorio. A través de un proceso continuo de capacitación y adecuación de la informática, se logró publicar la primera edición de las Normas y procedimientos de Vigilancia Epidemiológica en 1995. Al mismo tiempo se fue logrando un trabajo conjunto más profundo con otras áreas intra y extra sectoriales.

En 1998, como resultado de un trabajo conjunto de todo el país, se publicó el libro "Perspectiva Epidemiológica Argentina 1996", ofreciendo una metodología para la determinación de prioridades en salud.

Asimismo, se incorporo a la Vigilancia Epidemiológica, como instrumento no tradicional las actividades relacionadas con la mortalidad materno – infantil en algunas provincias. Algunos municipios están trabajando en este tema aunque no el total de su jurisdicción.

Las actividades desarrolladas durante los años '93 a '98 permitieron establecer criterios uniformes en la notificación de los casos y la información disponible tanto de Nación como de las jurisdicciones, fueron mejorando en calidad.

El Gobierno de la República Argentina, a través del Ministerio de Salud y Acción Social, el Banco Mundial, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y la Organización Panamericana de la Salud, están realizando un esfuerzo para el fortalecimiento de actividades sustantivas para la protección de la salud, entre ellas, fortalecer el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) por medio del Proyecto VIGI-A.

En 1999, y como parte del proyecto, se actualiza el Manual de Normas y Procedimientos que se presenta en estas páginas.

Los responsables de la Vigilancia Epidemiológica del país consideran que la visión a mediano plazo es lograr como meta el desarrollo de un sistema epidemiológico y de gerenciamiento de información apropiado, esto es, la transformación del SINAVE en un Sistema de Vigilancia en Salud Pública que reúna las características de ser moderno, eficaz, efectivo y eficiente y que a su vez contribuya a la integración de un Sistema Único de Información en Salud.

3- MARCO LEGAL

En 1960 se promulga la Ley 15.465, "De Notificaciones Médicas Obligatorias" a través del decreto del Poder Ejecutivo número 12.833 del 31/10/60. En 1966 se modifica esta Ley y su reglamento, realizándose en 1979 el último cambio a través del decreto N° 2.771 referente a un nuevo agrupamiento de enfermedades, no interfiriendo en el espíritu de la Ley.

En 1993 se establecen acuerdos sobre conceptos generales e instrumentos de la vigilancia, dando lugar a la Resolución Ministerial N° 394 que incorpora las "Normas del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica" al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

En mayo de 1995, mediante resolución del Secretario de Salud, N° 88, se constituye la "Comisión Asesora sobre Vigilancia Epidemiológica" la que debe orientar acerca de aspectos operativos y de procedimiento. A fines de ese mismo año se publica la primera edición del Manual de Normas y Procedimientos para la Vigilancia Epidemiológica.

En Anexos se presenta la legislación sanitaria actual vigente en el país.

4. - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

CONCEPTO:

Es la recolección y análisis de los datos registrados en forma sistemática, periódica y oportuna, convertidos en información integrada estrechamente con su divulgación a quienes tienen la responsabilidad de intervención y a la opinión pública.

PROPOSITO:

Identificar hechos sobre el estado de salud de las poblaciones, con la finalidad de intervenir precozmente en el control de los problemas de salud, y asimismo, aportar conocimientos integrales para la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.

OBJETIVOS:

1. Lograr datos sobre eventos en la población y factores que lo condicionan para luego de un proceso facilitar esta información para su utilización en forma oportuna.
2. Conocer en forma continua el comportamiento epidemiológico de las patologías seleccionadas sujetas a vigilancia para ejecutar medidas eficaces y oportunas de intervención.

5 -SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (SINAVE)

5.1- Descripción

Los sistemas de vigilancia deben estar atentos a las modificaciones en las poblaciones, sus enfermedades transmisibles, no transmisibles, en los factores de riesgo, los cambios medioambientales, ecológicos y sociales, los procedimientos, la calidad de los servicios y los indicadores del estado de salud de la población.

El sistema nacional de Vigilancia Epidemiológica está conformado por subsistemas general y específicos.

El subsistema general corresponde a la consolidación semanal de la información de enfermedades de notificación obligatoria con datos de laboratorio según corresponda.

Los subsistemas específicos comprenden la notificación de enfermedades a través de fichas específicas que incluye información de laboratorio y son los siguientes: parálisis flácida aguda, sarampión, meningitis, hantavirus, cólera, dengue, tétanos neonatal, rabia, hepatitis, paludismo, brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos, infecciones hospitalarias, enfermedades respiratorias a través de unidades centinelas, diarreas virales y centros de referencia para enfermedades diarreicas.

Cada subsistema tiene sus propios objetivos específicos y necesidades de información particular, por lo tanto requieren de estrategias diferentes.

El SINAVE recibe además la información remitida por los Programas Específicos de Lepra, Chagas, TBC, SIDA, FHA y Rabia de manera anual consolidada.

5.2- Organización



Población: Hace referencia a toda persona que habita en territorio argentino.

Nivel Local: Comprende a los profesionales de la salud que estén en contacto directo con la población atendida. En algunas Jurisdicciones existen niveles intermedios que engloban varios niveles locales. Este nivel envía datos en formato de planillas C2 y fichas específicas de acuerdo a las enfermedades de notificación obligatoria.

Su intervención es de tipo individual y poblacional.

Nivel Central Provincial: Comprende a los integrantes de la Dirección Provincial de Epidemiología. Este nivel remite la información consolidado en

planillas y fichas específicas de acuerdo a la enfermedad de notificación obligatoria. Su intervención es del tipo individual y poblacional.

Nivel Central Nacional: Este nivel de organización se encuentra dentro de la estructura del Ministerio de Salud de la Nación con el nombre de Dirección de Epidemiología. El nivel central remite información a organismos internacionales, según norma. Su intervención es del tipo poblacional y normativa.

5.3- Responsabilidades por niveles

Nivel Local

El dato que consigna este nivel actúa como disparador de la vigilancia ante la sospecha diagnóstica, poniendo en marcha los mecanismos de notificación, observación continua, monitoreo, alerta, alarma y control.

Es responsabilidad de este nivel:

- Realizar el monitoreo y análisis de los datos primarios.
- Detectar en forma oportuna la ocurrencia de un evento adverso de salud en la comunidad.
- Iniciar de inmediato las acciones de control según normas específicas.
- Solicitar apoyo al nivel jurisdiccional en caso necesario.
- Notificar los casos de acuerdo a normas al nivel inmediato superior.
- Informar de las acciones de control realizadas al nivel inmediato superior.
- Participar en programas de capacitación de temas relacionados con la vigilancia.
- Promover y ejecutar estrategias de comunicación social.

Nivel Jurisdiccional

- Programar, coordinar y supervisar las actividades de Vigilancia Epidemiológica en el ámbito jurisdiccional.
- Promover la capacitación del recurso humano que intervenga en el SINAVE.
- Realizar las investigaciones epidemiológicas que correspondan a su ámbito.
- Recepcionar, consolidar, procesar, analizar y difundir en forma continua la información del área de su jurisdicción.
- Elaborar y difundir los boletines epidemiológicos provinciales.
- Impulsar la utilización de diferentes fuentes de datos con el fin de identificar los factores de riesgo.
- Participar en la elaboración de estrategias de comunicación social.
- Coordinar actividades con las Instituciones jurisdiccionales y nacionales de referencia.
- Dar el alerta y coordinar las acciones de intervención necesarias cuando el problema supera el límite de nivel local.
- Participar en la formulación de planes y programas de salud en la organización de la prestación de servicios en el ámbito jurisdiccional.
- Remitir la información de acuerdo a normas al nivel inmediato superior.

Nivel Nacional

- Mantener actualizada las normas de Vigilancia Epidemiológica de acuerdo a las necesidades del país, con la participación de los responsables de las jurisdicciones.

- Adecuar, generar y/o facilitar los instrumentos de análisis epidemiológicos.
- Promocionar la capacitación del recurso humano articulando con las Instituciones de referencia del País u otros.
- Realizar análisis e investigaciones epidemiológicas en el ámbito nacional sobre la base de la información suministrada por las provincias.
- Recepcionar, consolidar, procesar, analizar y difundir en forma continua la información remitida por las jurisdicciones.
- Asesorar, evaluar y actuar sobre los problemas de salud considerados de relevancia nacional o de aquellos imposibles de controlar en forma aislada por las provincias.
- Cooperar científica y técnicamente con los distintos niveles sobre la adopción de medidas de control.
- Elaborar y divulgar boletines epidemiológicos nacionales, informes y otros instrumentos para garantizar la retroalimentación del sistema.
- Proveer a organismos internacionales la información epidemiológica según normas internacionales.
- Promover la participación en la elaboración de estrategias de comunicación social.

6. - ACTIVIDADES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (de acuerdo a niveles)

6.1 Recolectar y notificar los datos

6.2 Consolidar, procesar y analizar los datos

6.3 Formular recomendaciones para la intervención oportuna

6.4 Difundir la información

6.5 Supervisar y evaluar

Todos los niveles del sistema de salud tienen la responsabilidad y la competencia de llevar adelante las actividades de vigilancia epidemiológica.

6.1. - Recolectar y notificar los datos

La recolección del dato ocurre en todos los niveles del sistema de salud. La fuerza y valor de la información (dato analizado) depende del proceso de generación y comunicación del dato, que se basa en la correcta identificación, diagnóstico e investigación de los casos por parte de un equipo de salud adecuadamente capacitado.

La notificación debe realizarse con la modalidad de vigilancia y la periodicidad que se establece en el cuadro de patologías bajo vigilancia.

Lista de Eventos a vigilar, modalidad y periodicidad.

La lista de enfermedades y daños bajo vigilancia han sido definidos a partir de los hechos prioritarios posibles de monitorear a través del sistema nacional. Para concretar la misma se han seguido criterios de magnitud, gravedad del daño, vulnerabilidad, impacto social, reglamento sanitario internacional y compromisos internacionales.

Modalidad de notificación define el método de remisión del dato y depende del evento. Esta puede ser: numérica, individualizada, búsqueda activa, negativo y estudio de brote.

La periodicidad es el tiempo que transcurre entre la recolección y la remisión del dato: semanal, inmediata.

EVENTOS	MODALIDAD DE VIGILANCIA	FUENTE DE NOTIFICACION	PERIODICIDAD
<u>Inmunoprevenibles</u>			
Coqueluche	Numérica	C2	Semanal
Difteria	Individualizada	C2 - Lab	Inmediata
Parálisis Flácidas Ag.	Individual - negativa	C2 - Lab	Inmediata
Parotiditis	Numérica	C2	Semanal
Rubéola Congénita	Numérica	C2 – Lab - Matern Ficha Especial	Semanal
Sarampión	Individual- negativa	C2 - Lab	Inmediata
Tétanos Neonatal	Individual- negativa	C2	Inmediata
Tétanos Otras Edades	Numérica	C2	Semanal
<u>Meningoencefalitis</u>			
	Individualizadas	C2 - Lab	Semanal
<u>Gastroentéricas</u>			
Botulismo	Individualizada, Busq.Activa	C2 - Lab	Inmediata
Cólera	Individualizada, Busq.Act., Negativa	C2 - Lab	Inmediata
Diarreas Agudas	Numérica	C2 - Lab Centinela	Semanal
Fieb.Tifoidea y Parat.	Numérica	C2 - Lab	Semanal
Marea Roja	Individualizada	C2 - Lab	Inmediata
Sínd. Urémico hemolít.	Individualizada,	Ficha Esp.- Lab	Semanal
Toxiinf. Alimentaria	Numérica, Estud. Brote	C2 - Lab	Semanal
Triquinosis	Numérica Brote	C2 - Lab	Semanal
<u>Hepatitis</u>			
	Individualizada	C2 - Lab	Semanal
<u>E.T.S.</u>			
Uretritis			Semanal
No gonocócicas	Numérica	C2 - Lab	
Gonocócicas			Semanal
Sífilis			Semanal
Congénita	Individualizada	C2 - Lab	
Del adulto			Semanal
SIDA	Individualizada	C2 - Lab	Semanal
<u>Respirat. Agudas</u>			
Influenza	Numérica	C2 - Centinela	Semanal
Neumonía	Numérica	C2 - Centinela	Semanal
<u>Enf. Vectoriales</u>			
Chagas Agudo y Cong.	Individual	C2 - Lab	Semanal
Dengue Clásico y Hemorrágico	Numérica	C2 - Lab	Semanal
Fiebre Amarilla	Individual	C2 - Lab	Inmediata
Leishmaniasis	Individual	C2 - Lab	Semanal
Paludismo	Numérica	C2 - Lab	Semanal
<u>Enf. Zoonóticas</u>			
Brucelosis	Individual	C2 - Lab	Semanal
Carbunco	Individual	C2 - Lab	Inmediata
F. Hemorrág. Arg.	Individual	C2 - Lab	Semanal
Hantavirus (Sin. Pul)	Individual	C2 - Lab	Inmediata
Hidatidosis		C2 - Lab	Semanal
Leptospirosis	Individual	C2 - Lab	Semanal

Psitacosis Rabia Animal Humana	Individual Numérica c/especie Individualizada	C2 - Lab C2 - Lab	Inmediata Inmediata
Otras Lepra TBC Infección Hospitalaria	Individualizada Individualizada Ficha Especial	C2 - Lab C2 - Lab Centinela	Semanal Semanal Semanal
No Transmisibles	Incorporación paulatina en futuro inmediato		
Otras c/Regl. Intern. Peste Tifus	Individual Individual	C2 - Lab C2 - Lab	Inmediata Inmediata

Fuente de datos:

La selección de las fuentes de datos está estrechamente vinculada a la información que requiere el objetivo de la vigilancia. Debido a ello además de las fuentes tradicionales de vigilancia epidemiológicas, C2, informe de laboratorio, L2, Estudios de brote, Notificaciones de centros centinela, es necesario integrar otras fuentes.

Fuentes básicas (consulta externa, internación, guardia)

Hospitales, Centros de Salud, Unidades Centinelas, Laboratorios y Establecimientos Privados.

Otras fuentes

- a) Estadísticas vitales (nacimientos, muertes, causas de muerte)
- b) Estadísticas hospitalarias (egresos, egresos por residencia y producción de servicios)
- c) Estadísticas y censos (datos demográficos y encuestas permanentes de hogares)
- d) Datos ambientales (registros permanentes, periódicos)
- e) Registros de tumores
- f) Bancos de drogas
- g) Bancos de sangre
- h) Otros organismos de salud gubernamentales y no gubernamentales (ANMAT, INPPAZ, OPS, INCUCAI, etc.)
- i) Laboratorios: datos no contemplados en el informe de laboratorio (L2), estudios de biología molecular
- j) Rumores y medios masivos de difusión

Fuentes especiales de datos:

Las investigaciones epidemiológicas operativas, de campo, de casos clínicos, encuestas poblacionales, pueden representar una fuente especial de datos que complementen los objetivos y el propósito del sistema.

Unidades Centinelas: la información obtenida de estas unidades permite caracterizar mejor el evento en estudio aun cuando no se pueda conocer con precisión su incidencia ya que se trata de una información sin base poblacional.

6.2. - Consolidar, procesar y analizar los datos

Cada nivel usa los datos de forma diferenciada:

Nivel local: genera el dato. Las tareas son recogidas, depuración, clasificación y remisión de los datos al nivel superior. Realiza el primer nivel de análisis, consistente en una valoración sintética en tiempo, espacio y persona.

Nivel Jurisdiccional: realiza el análisis de la información e integra la información procedente de los tres componentes del subsistema general (declaración de caso, de laboratorio y de brote). Esta empieza con el procesamiento estándar de la información en tiempo, espacio y persona para la identificación de las situaciones epidémicas y otras anomalías.

Nivel nacional: realiza el análisis de la información, como síntesis del País. Identifica los problemas de ámbito general y de mayor impacto, cambios de tendencia y se orienta hacia la planificación, ejecución y evaluación de programas.

6.3. - Formular recomendaciones

Nivel local: intervenciones sobre el individuo: medidas preventivas para el control del caso y sus contactos; seguimiento de la población en riesgo; control del ambiente familiar; actividades preparatorias para el estudio de brotes.

Nivel jurisdiccional: intervenciones sobre población: medidas colectivas sobre el ambiente; aplicación de la legislación sanitaria; estudio de brotes epidémicos y aplicación de las medidas para su control; evaluación de los programas de salud en su ámbito de competencias.

Nivel nacional: intervenciones en el marco institucional y político: medidas sobre población; modificación legislativa y normativa; recomendaciones sobre los programas de salud; medidas de sanidad internacional.

6.4. - Difundir la información:

La difusión tiene como fin más relevante, la retroalimentación del sistema. Puede ser periódica y eventual ante circunstancias especiales. Los medios de difusión deberán ser correo electrónico, página web, fax, publicaciones.

Se propone para nivel provincial:

Boletín Semanal de Notificaciones: con periodicidad semanal y distribución a los niveles locales.

Boletín Epidemiológico Provincial: con periodicidad trimestral y distribución a niveles locales y provinciales.

Se propone para nivel nacional:

Boletín Semanal de Notificaciones: con periodicidad semanal y distribución a los niveles provinciales como mínimo.

Boletín Epidemiológico Nacional: con periodicidad trimestral y distribución a niveles provinciales e Internacionales.

Publicaciones Especiales: se refiere a circulares, informes, comunicaciones, de acuerdo a las necesidades.

La **publicación anual** (provincial y nacional) deberá cumplir la característica de consolidado o memoria que sirva de base de datos, bibliografía, análisis y diagnóstico de situación provincial y nacional.

El Sistema debe permitir la realización de modificaciones de la información publicada.

6.5. - Evaluación y supervisión.

Es de fundamental importancia contar con mecanismos de evaluación del Sistema. La evaluación puede ser directa a través de visitas, o indirectas a través de informe de actividades. Existen mecanismos de evaluación permanentes que permiten conocer de manera indirecta el funcionamiento del sistema.

Los indicadores del sistema general se relacionan con sus atributos determinando la calidad del mismo.

Se proponen utilizar los siguientes indicadores de evaluación:

1- DE ESTRUCTURA

- Porcentaje de horas profesionales dedicadas a actividades de vigilancia
- Disponibilidad de recursos para procesamiento y comunicación: computadores, FAX, TE, correo.

2- DE PROCESO

- Número de personas por notificación.
- Cobertura: Porcentaje de establecimientos que notifican (según nivel de complejidad, según sector, según áreas geográficas).
- Porcentaje de establecimientos con retraso en notificaciones generales mayor de 3 semanas.
- Porcentaje de establecimientos con retraso en notificaciones de patologías de eventos con notificación individualizada mayor de 3 semanas.
- Porcentaje de ítem cumplimentados en Fichas Específicas.

3- DE RESULTADO

- Índice epidémico analizado.
- Canal endémico analizado.
- Número de informes o boletines difundidos según niveles.

7. - Atributos del sistema de Vigilancia para su evaluación cualitativa.

Simplicidad

Representa la estructura y facilidad de operación del sistema.

Flexibilidad

Representa la posibilidad de adaptarse a los cambios en las necesidades de información o de estructura con costo adicional, tiempo y recursos humanos mínimos.

Aceptabilidad

Refleja el deseo manifiesto de individuos y organizaciones para participar activamente del sistema de vigilancia.

Sensibilidad

Representa la habilidad para detectar brotes y epidemias a nivel comunitario.

Predicción positiva (PP)

El valor de la PP es la proporción de personas identificadas como caso confirmado sobre el total de notificados como casos; refleja la sensibilidad del sistema, especificidad del diagnóstico del caso definido y la prevalencia de la condición en la población.

Representatividad

Es la posibilidad de generalizar la información que aporta el sistema a la población cubierta.

Oportunidad

Representa el tiempo transcurrido entre la aparición del evento, la notificación al sistema, la demora en la identificación de las tendencias y/o la demora en el inicio de las intervenciones para la instalación de medidas de control o prevención.

CAPITULO II

- 1. - Métodos descriptivos y analíticos. Pág. 23.**
- 2. - Conceptos de Análisis Epidemiológico. Pág. 23.**
- 3. - Tipos de epidemias. Pág. 24.**
- 4. - Cálculos de Nivel endémico. Pág. 25.**
- 5. - Índice Epidémico Semanal y acumulado. Pág. 25.**
- 6. - Investigación epidemiológica de campo. Pág. 26.**

ANALISIS EPIDEMIOLOGICO

El procesamiento, análisis e interpretación de la información sistemática tienen como objetivo la generación de la información para la acción, por lo que requiere trascender de la producción del dato a su utilización, convirtiendo a los niveles local y jurisdiccional en los principales usuarios de ésta. Los datos de vigilancia pueden tener diversos usos y cada uno requiere un determinado análisis e interpretación. Pueden usarse para identificar epidemias, sugerir hipótesis de vías de transmisión y agentes etiológicos, caracterizar la tendencia de una enfermedad, evaluar un programa preventivo, detectar nuevas enfermedades en un territorio, etc.

Se explicara brevemente algunos métodos a utilizar por los responsables de la vigilancia epidemiológica de cualquiera de los niveles, dependiendo de la capacidad existente y los datos objeto de análisis.

1. - METODOS DESCRIPTIVOS

Para describir la ocurrencia de un evento los estudios descriptivos son los más apropiados. Describen la distribución y sus determinantes en una población, lugar y tiempo definido. Los datos se consolidan de acuerdo a características de tiempo (días, semanas, cuatrisesemanas, años), lugar (mapeos) y persona (edad y sexo) según la causa (etiología). El cálculo de indicadores epidemiológicos (como tasa de incidencia, prevalencia, letalidad, mortalidad, ajustadas, etc.) se realiza para comparar estas tasas con las de períodos anteriores, períodos semejantes de años anteriores y/o mismo periodos con otras áreas.

Si bien deben seguir utilizándose las herramientas básicas como planilla C2, L2 y Fichas específicas, podrá recurrirse a todas las fuentes de datos que permitan caracterizar el evento según tiempo, lugar y persona y los factores de riesgo que inciden en el problema. El trazado de mapas y gráficos permite ver y comprender el cuadro, y muchas veces tomar decisiones e implementar medidas de control como bloqueos en lugar adecuado.

METODOS ANALITICOS

Tratan de demostrar o confirmar una hipótesis, permitiendo hacer inferencias acerca de asociaciones causales, medir los riesgos. Los diseños más frecuentemente utilizados son aquellos que comparan un grupo de personas afectados con otro grupo sin la afección. Son conocidos como estudios "casos - control". Las medidas mas utilizadas son el riesgo relativo (RR) y el odds-ratio (OR), riesgo atribuible (RA), como así también análisis de correlación, regresión y multivariados.

2. - CONCEPTOS DEL ANÁLISIS EPIDEMIOLOGICO

Los estudios de los fenómenos involucrados en el proceso epidémico asumen la comprensión de los conceptos de estructura y características epidemiológicas y del comportamiento endémico de una enfermedad transmisible.

a.- Estructura epidemiológica: es la forma de interacción de los diferentes factores relativos al ambiente, huésped y al agente sea este químico, físico o biológico, que determina su comportamiento en el ámbito de una población y período de tiempo establecido.

b.- Características epidemiológicas: son el resultado de la estructura epidemiológica en cada momento y se expresan por la frecuencia y distribución de la enfermedad en la población.

Según las características epidemiológicas, la estructura epidemiológica se representa de forma dinámica, modificándose en cada punto en el tiempo y en el espacio, entendidos como comportamiento normal o anormal de una enfermedad en una comunidad.

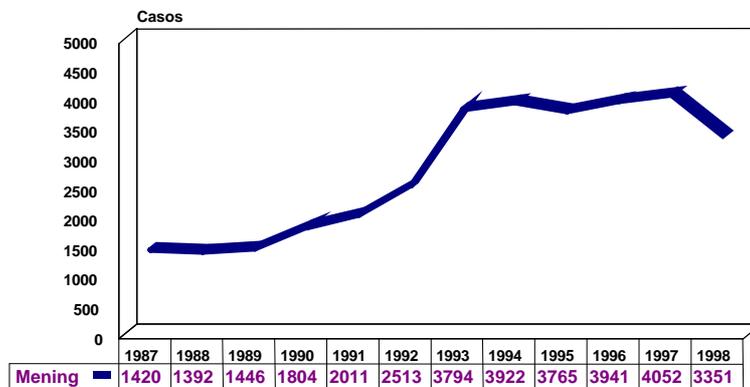
c.- Comportamiento epidémico de una enfermedad: es la elevación brusca del número de casos mostrando un exceso con relación a lo esperado. El número de casos que indican la presencia de una epidemia variará de acuerdo con los agentes, tipo y tamaño o de la población expuesta, experiencia previa y la ausencia de exposición. Una epidemia no representa necesariamente un grande número de casos.

3. - TIPOS DE EPIDEMIAS

De acuerdo con la progresión en el tiempo, las epidemias pueden ser clasificadas en explosivas (fuente común) y progresivas (fuente propagada). En las epidemias explosivas los casos aparecen en rápida sucesión y en corto período de tiempo, la epidemia surge, aumenta de intensidad y declina; sugiere la existencia de una fuente común de transmisión y una exposición simultánea de varios susceptibles.

En las epidemias progresivas, el aumento es más lento sugiriendo una transmisión persona a persona o por vector.

MENINGITIS SEGUN NOTIFICACION ANUAL ARGENTINA - 1987 / 1998



Fuente : SINAVE

El brote es una forma particular de epidemia en que todos los casos están relacionados entre sí, ocurriendo, no obligatoriamente, en una única área geográfica pequeña y delimitada. Existen formas de epidemia según su extensión en el tiempo (ondas) o áreas geográficas (pandemias).

El límite de normalidad en la ocurrencia de casos de una enfermedad estará relacionado con la enfermedad, las actividades de control y las posibilidades de prevención.

4. - CÁLCULO DE NIVEL ENDÉMICO

Varias distribuciones estadísticas pueden ser utilizadas en la construcción de "canales endémicos", que servirán a menudo, como criterio para la determinación del nivel endémico de un determinado problema, en una determinada población. Representamos un ejemplo:

Distribución por cuartiles.

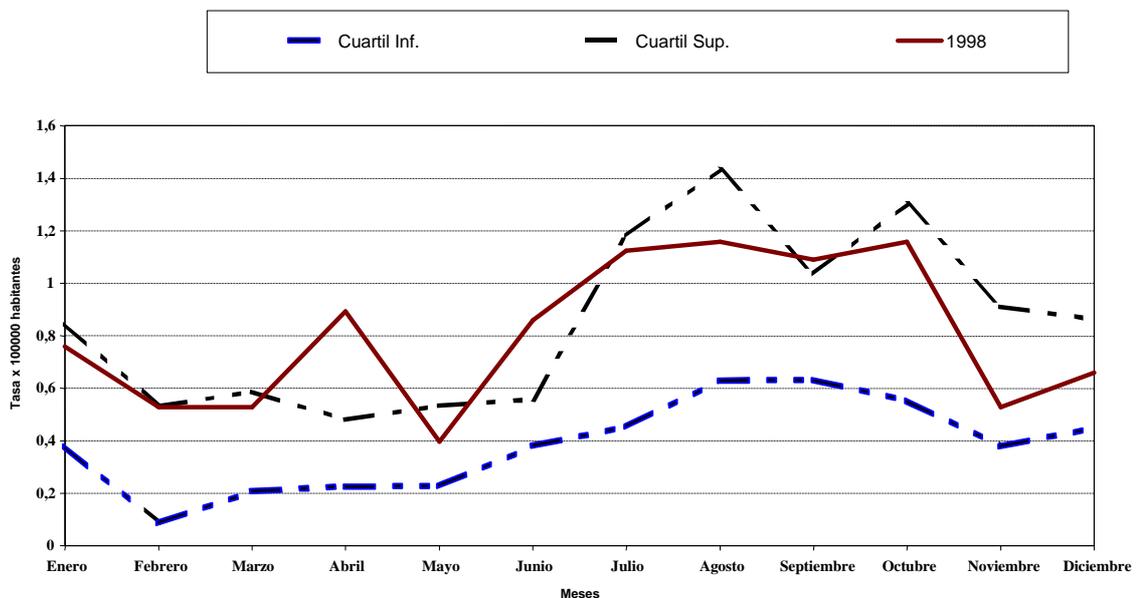
La incidencia del mismo mes, de cada uno de los años estudiados (mínimo 5 años endémicos) deben ser dispuestos en orden creciente.

Se identifica el valor mediano, (se divide la serie en dos partes iguales).

Se identifica los valores que corresponden al primer cuartil (primera ¼ parte de distribución) y al tercer cuartil (tercera ¼ parte de distribución).

Las ocurrencias que caen entre los 1º. y 3º. cuartil son consideradas como normales y las que sobrepasan al 3º. cuartil son consideradas epidémicas.

Corredor Endémico de Meningitis Bacterianas
Provincia de Córdoba - Año 1998
En base a tasas x 100000 habitantes de los años 1993/1997



5. - ÍNDICE EPIDÉMICO SEMANAL E ÍNDICE EPIDÉMICO ACUMULADO

El índice epidémico es la razón o cociente entre los casos presentados en la semana correspondiente (o los casos acumulados hasta dicha semana si se trata del I.E. acumulado) y los casos que se esperan o prevén (mediana del quinquenio anterior) para la misma semana. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24, la incidencia es considerada normal; si es menor o igual a 0,75 es incidencia baja, si es mayor o igual a 1,25 incidencia alta. En enfermedades de baja incidencia este índice no es de utilidad dado que pequeñas oscilaciones en el número de casos producen grandes variaciones en dicho índice.

6. - INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPO

Las investigaciones epidemiológicas de campo son comúnmente utilizadas en la investigación de brotes y epidemias. Tales eventos, frecuentemente son motivo de movilización de equipos especiales para dar urgentes respuestas sobre las causas, fuentes y/o modos de transmisión, de modo de implementar de inmediato las medidas de control más adecuadas.

Esa necesidad de respuesta rápida muchas veces determina que algunos procedimientos utilizados no guarden el rigor científico necesario pero son válidos para el objetivo de aplicar medidas de control.

La investigación epidemiológica de campo constituye una actividad indispensable para los sistemas de vigilancia epidemiológica. Tiene las siguientes características:

- a) Se inician, con frecuencia, sin hipótesis clara. Generalmente requieren el uso de estudios descriptivos para la formulación de hipótesis que posteriormente serán sometidas a prueba por medio de estudios analíticos.
- b) Cuando ocurren problemas agudos que implican medidas inmediatas de protección de la salud, se limita a la recolección de los datos y a un rápido análisis, en vista a la implementación inmediata de las acciones de control.

Los conceptos y técnicas aplicadas en las investigaciones epidemiológicas de campo tienen por base a la clínica médica, la epidemiología y el laboratorio. Su amplitud y grado de profundidad, en casos de epidemia de enfermedades agudas, va a depender del nivel de conocimiento disponible respecto a etiología, la fuente, los modos de transmisión y las medidas de control.

6.1. - Etapas de una Investigación Epidemiológica de Campo

El primer objetivo de la investigación de una epidemia o brote de determinado evento es identificar la forma de interrumpir la transmisión y prevenir la ocurrencia de nuevos casos. Para esto es necesario cumplir con las siguientes etapas:

Etapas o pasos	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°
Investigación y análisis preliminar	Establecer la existencia de brote y verificar diagnóstico	Confirmar la existencia de brote o epidemia	Definir el caso e identificar y contar los casos	Descripción epidemiológica Distribución según lugar y tiempo (mapas y gráficos)	Descripción según características de personas	Establecer fuente común o propaganda y modo de transmisión	Determinar población de mayor riesgo	Formulación de hipótesis sobre fuentes, modo de transmisión y medidas de control
Ampliación de la Investigación y análisis	Búsqueda de casos adicionales	Información adicional necesaria	Prueba de hipótesis	Analizar la información Sistematizar estudio	Conclusiones	Medidas de Control definitivas (*). Evaluación posterior		
Conclusiones y Recomendaciones	Informe final	Comunicación a las autoridades	Implementar Programas de Control y Prevención.					

(*) Las medidas de control son realizadas en cualquier momento de las dos primeras etapas

Los estudios de la descripción de la enfermedad y otros daños a la salud de la población, se hacen de acuerdo a las características de tiempo, lugar y personas.

La investigación implica el examen del enfermo y de sus contactos, a través de una ficha especial, recolección de muestras para laboratorio, búsqueda de casos adicionales, identificación de agente infecciosos, determinación de su modo de transmisión o de acción, búsqueda de lugares contaminados o de vectores, reconocimiento de factores que hayan contribuido para la ocurrencia de casos, etc.

El examen cuidadoso de caso y de sus contactos es fundamental, pues a pesar de la molestia, podemos encontrar personas con formas iniciales de enfermedad e instituir rápidamente el tratamiento con mayor probabilidad de éxito o proceder al aislamiento, evitando la progresión de la enfermedad en la comunidad.

6.2. - El proceso: Investigación y análisis preliminar

1a. Etapa: Establecer la existencia y Verificar el diagnóstico

Para lograr la notificación de casos se debe establecer y divulgar las definiciones.

Caso sospechoso: debe incluir los signos y síntomas clínicos sugestivos de la enfermedad en cuestión, de tal forma que abarque la mayoría de los casos. No debe ser excesivamente amplio de modo de incluir muchos casos de otras entidades clínicas.

Caso confirmado: puede basarse en criterios clínicos como, por ejemplo, en el tétano donde los aspectos clínicos son suficientes para confirmar el diagnóstico; en criterios de laboratorio, ejemplo el cólera, o en criterios epidemiológicos (nexo) exposición al agente etiológico (fuente, vector o enfermo).

Es indispensable disponer de datos de población para calcular las tasas, los que permite evaluar los riesgos de adquirir la enfermedad o morir según diferentes momentos, grupos de edad, lugares, etc.

2a. Etapa: Confirmar la Existencia de Epidemia o brote.

Si la incidencia actual estuviera marcadamente en exceso comparada con la incidencia de base en la misma población, podemos confirmar la ocurrencia de la epidemia o brote.

Tener en cuenta que un número de casos mayor que el esperado puede estar relacionado con acciones de búsqueda activa o implementación de programas de control.

3a. , 4° y 5° Etapa: Descripción de la Epidemia o brote.

La caracterización debe ser efectuada de manera que pueda desprenderse las hipótesis con vistas a la identificación de fuentes y modos de transmisión, así como permitir la determinación de la duración de la epidemia.

Con ese objetivo, las informaciones recolectadas deben ser organizadas de tal forma de responder a las siguientes cuestiones:

a) Relativa al tiempo:

1- ¿Cuál es el período exacto de duración de la epidemia?

2-¿Conocido los diagnóstico, cuál fue el período probable de exposición?

3- ¿La transmisión durante la epidemia se dio por fuente común o de persona a persona (propagada) o ambas formas?

La variación estacional (dentro del período de un año)y la variación cíclica (cada varios años) son informaciones importantes a ser tenidas en cuenta en la confirmación o replanteo de la hipótesis de epidemia.

Al construir la curva epidémica, la escala de intervalo de tiempo adecuado puede elegirse en minutos, horas, semanas, cuatrisesemanas, dependiendo del período de incubación de la enfermedad en cuestión.

El período de exposición se establece restando un período mínimo de incubación al 1º caso y un período máximo al último caso. Se busca la mediana del período de incubación que suele orientar sobre si es intoxicación o infección y sugerir hacia las pruebas de laboratorio adecuadas.

b) Relativas al lugar: (mapeos)

¿Cuál es la distribución geográfica predominante? Por localidad de residencia, trabajo u otra?

¿Cuál es la tasa de ataque de los diferentes lugares, barrios, escuelas etc.)?

c) Según características de las personas:

1. ¿Cuáles son las tasas de ataques específicas por sexo y grupo etáreo? Este resultado nos guiara sobre cuales son los grupos, según sexo y edad, expuestos a mayor riesgo de enfermar.

2. ¿Cuáles son las tasas de ataque secundario?

3. ¿Cuáles otras características distinguen a los individuos de la población general?



Distribución Geográfica

La información recogida debe ofrecer pistas para identificar el grupo de poblaciones expuestos a mayor riesgo según distribución geográfica.

Cuando la distribución de los casos en un mapa representa una concentración de los mismos en un determinado punto, sugiere un factor común como posible vehículo de transmisión.

La distribución espacial de los casos debe ser estudiada también por tasas de ataque específicas por área.

Cuando los brotes ocurren, por ejemplo, en hospitales, los datos deben ser analizados según las áreas de trabajo o internación de los pacientes (pasillos, enfermería, habitaciones, camas); en el caso de escuelas, se debe organizar y analizar los datos por clase de alumnos.

Distribución según características de la persona

En este caso la descripción debe ser hecha según características inherentes o adquiridas (sexo, edad, etnia, estado inmunitario, estado civil), actividades (trabajo, deporte, prácticas religiosas, costumbres, etc.), condiciones de vida (clase social, condiciones ambientales, situación económica).

Informaciones Necesarias

Los tipos de informaciones necesarias para caracterizar un brote se recolectan a través de una encuesta individual ad-hoc, cuyas variables dependen de las hipótesis planteadas.

Cuando durante la investigación epidemiológica de campo, fuera verificada la necesidad de recolección y envío, al laboratorio de muestras para exámenes microbiológicos se deberá cumplir con las normas de envío de muestras.

6a. 7ª y 8ª Etapas:

Al tratar de Identificar la fuente de Infección y los posibles modos de transmisión, así como las características de la población expuesta al riesgo de infección, se formulan diferentes hipótesis para determinar:

- el agente etiológico.
- la fuente de infección.
- los períodos de exposición de los casos a la fuente de infección.
- el modo de transmisión.
- la población expuesta al riesgo mayor de infección.

De una manera general, el investigador demuestra:

1. Diferencia entre las tasas de ataque existentes entre personas expuestas y no expuestas a la fuente de infección sospechosa estadísticamente significativa.
2. O ningún otro modo de transmisión puede determinar la ocurrencia de casos con la misma distribución geográfica y etárea.

6.3. - Ampliación de la investigación y análisis – Conclusiones

Ultima Etapa:

Medidas de Control

Identificadas las fuentes de infección, los modos de transmisión y la población expuesta al riesgo de infección, deberán ser recomendadas las medidas adecuadas de control, elaborando un informe para ser ampliamente divulgado a autoridades, profesionales de la salud y medios masivos.

CAPITULO III

- 1. - Inmunoprevenibles. Pág. 33.**
- 2. - Meningoencefalitis. Pág. 47.**
- 3. - Gastroentéricas. Pág. 57.**
- 4. - Hepatitis. Pág. 70.**
- 5. - Enfermedades de Transmisión Sexual. Pág. 78.**
- 6. - Respiratorias Agudas. Pág. 83.**
- 7. - Vectoriales. Pág. 87.**
- 8. - Zoonóticas. Pág. 100.**
- 9. - Otras Enfermedades. Pág. 115.**
- 9. 1. - Lepra. Pág. 116.**
- 9. 2. - Tuberculosis. Pág. 117.**
- 9. 3. - Infección Hospitalaria. Pág. 119.**
- 9. 4. - Emergentes y reemergentes. Pág. 120.**

LISTADO ALFABETICO DE ENFERMEDADES NOTIFICABLES

Botulismo CIE 10: A05.1. Pág. 58.
Brotos de ETA (Toxi-infección alimentaria). Pág. 68.
Brucelosis CIE 10: A23. Pág. 101.
Carbunco CIE 10: A22. Pág. 103.
Cólera CIE 10: A001. Pág. 60.
Coqueluche, Tos convulsa CIE 10: A37. Pág. 34.
Dengue CIE 10: A90. Pág. 90.
Diarreas agudas CIE 10: A00-A09. Pág. 62.
Difteria CIE 10: A36. Pág. 36.
Fiebre Amarilla CIE 10: A95. Pág. 93.
Fiebre Hemorrágica Argentina CIE 10: A96.0. Pág. 104.
Fiebre Tifoidea CIE 10: A01.1 Paratifoidea CIE 10: A01. Pág. 64.
Hantavirus, síndrome pulmonar CIE 10: J12.8. Pág. 106.
Hepatitis Vírica A CIE 10: B15. Pág. 71.
Hepatitis Vírica B CIE 10: B16. Pág. 73.
Hepatitis Vírica C CIE 10: B17.1. Pág. 75.
Hepatitis Delta CIE 10: B17.0. Pág. 76.
Infección Hospitalaria. Pág. 119.
Influenza CIE 10: J10-J11. Pág. 84.
Lepra CIE 10: A30. Pág. 116.
Leptospirosis CIE 10: A27. Pág. 110.
Leishmaniasis CIE 10: B25. Pág. 96.
Marea Roja (Intoxicación Paralítica por Crustáceo) CIE 10: T61.2. Pág. 66.
Meningitis no Piógena CIE 10 A87; CIE 10 G03.0. Pág. 49.
Meningitis Meningocócica CIE 10 A39.0. Pág. 50.
Meningitis por haemophilus CIE 10 G00.0. Pág. 52.
Meningitis Neumocócica CIE 10 G00.1. Pág. 54.
Neumonías CIE 10: J13, J15. Pág. 85.
Paludismo CIE 10: B50 – 54. Pág. 98.
Parotiditis Infecciosa CIE 10: B26. Pág. 40.
Parálisis Fláccidas Aguda CIE 10: B26. Pág. 38.
Peste CIE 10: A20. Pág.
Psitacosis CIE 10: A70. Pág. 111.
Rabia CIE 10: A82. Pág. 112.
Rubéola Congénita CIE 10: P35.0. Pág. 41.
Sarampión CIE 10: B05. Pág. 42.
SIDA CIE 10: B20-B24. Pág. 81.
Sífilis de adulto y Congénita (LUES) CIE 10: A50-A52. Pág. 80
Síndrome Urémico Hemolítico CIE 10: A04.3. Pág. 67.
Tétanos Otras edades CIE 10: A35. Pág. 46.
Tétanos Neonatal CIE 10: A33. Pág. 45.
Triquinosis CIE 10: B75. Pág. 69.
Tuberculosis CIE 10: A15-A19. Pág. 117.

INTRODUCCION

Se utilizo el nombre de las enfermedades más común en nuestro medio. El mismo se acompaña del código que le corresponde de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10.

Cada enfermedad se sistematiza en los siguientes rubros:

- Justificación de la vigilancia
- Descripción de la enfermedad
- Agente etiológico
- Transmisión y periodo de transmisibilidad
- Reservorio
- Periodo de incubación
- Distribución
- Diagnostico de Laboratorio
- Definición de caso
- Modalidad de vigilancia
- Medidas de control (medidas especiales en caso de epidemias).

Las definiciones de los términos utilizados en la clasificación de los casos y los diferentes tipos de notificaciones se especifican en el **Anexo: Glosario**.

A medida que el conocimiento avanza y la tecnología diagnóstica mejore, algunas definiciones cambiarán para reflejar esas tendencias. Por lo tanto, revisiones, adiciones y modificaciones deben esperarse en el futuro.

Al finalizar las patologías específicas se resumen conceptos esenciales sobre las conductas mas adecuadas para realizar en caso de **enfermedades emergentes y reemergentes**.

1. - ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

- 1. 1. - Coqueluche. Pág. 34.**
- 1. 2. - Difteria. Pág. 36.**
- 1. 3. - Parálisis Fláccidas Agudas. Pág. 38.**
- 1. 4. - Parotiditis Infecciosa. Pág. 40.**
- 1. 5. - Rubéola. Pág. 41.**
- 1. 6. - Sarampión. Pág. 42.**
- 1. 7. - Tétanos Neonatal. Pág. 45**
- 1. 8. - Tétanos Otras Edades. Pág. 46.**

	1.1 - COQUELUCHE (Tos Convulsa) CIE 10 A37
Justificación	Es una de las causas principales de la morbi-mortalidad en la niñez prevenible por vacunación. Cada año en el mundo, casi cinco millones de niños sufren bronconeumonía como resultado de la tos convulsa y 50.000 presentan secuelas neurológicas a largo plazo. La letalidad en los países en desarrollo puede alcanzar el 15% siendo más alta en los lactantes. La vigilancia de la enfermedad permite observar el efecto de la vacunación en la incidencia y detectar las áreas de alto riesgo.
Descripción	Enfermedad bacteriana aguda que afecta el árbol traqueobronquial. La fase catarral inicial es de comienzo insidioso, con tos irritante que poco a poco se vuelve paroxística, por lo regular en el término de una a dos semanas, y que dura de uno a dos meses o incluso más. Los paroxismos se caracterizan por accesos repetidos y violentos de tos; cada serie de ellos comprende innumerables toses sin inspiración intermedia y puede ser seguida por un estridor respiratorio de tono alto característico. Los paroxismos con frecuencia culminan con la expulsión de mucosidades claras y adherentes, a menudo seguidas de vómito. En lactantes menores de 3 meses, la enfermedad puede manifestarse solamente por crisis de apnea con cianosis y/o convulsiones. En los adolescentes y adultos, la tos suele ser no característica. La causa más común de defunción es la neumonía; en ocasiones también se observa encefalopatía mortal, probablemente de origen hipóxico. Otros microorganismos, incluyendo adenovirus, pueden presentar también síndrome coqueluchoide.
Agente	El agente etiológico es la <i>Bordetella pertussis</i> . Esta enfermedad puede también ser causada por <i>B. Parapertussis</i> , que causa una enfermedad por lo regular más leve para la que no existe vacuna contra la infección por <i>B. parapertussis</i> .
Transmisión	Por contacto directo con las secreciones de las mucosas de las vías respiratorias de las personas infectadas. La infección suele ser introducida en el núcleo familiar por alguno de los hijos mayores, y a veces por alguno de los padres.
Reservorio	El hombre.
Incubación	Por lo común es de 1 a 3 semanas, más frecuentemente de 7 a 10 días.
Transmisibilidad	Es especialmente transmisible en la fase catarral temprana. Sin tratamiento específico, el período de transmisibilidad se extiende hasta tres semanas después de comenzar los paroxismos típicos. En aquellos bajo tratamiento con eritromicina, la transmisibilidad puede durar hasta 5 días después de comenzado el tratamiento. Concurrir a escuela o guardería al finalizar este período.
Distribución	Es una enfermedad endémica común entre los niños de corta edad. En la Argentina, gracias a la vacunación sistemática, se ha observado una disminución importante en las tasas de notificación desde comienzos de los años 80.
Definición de caso	Caso sospechoso: Persona con tos paroxística que dura como mínimo 2 semanas, afebril, con uno de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio, vómito posterior al acceso de tos y expectoración mucosa y filante sin otra causa aparente. Caso confirmado: caso sospechoso con aislamiento de <i>Bordetella pertussis</i> a partir de secreción respiratoria o nexa epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio (ver capítulo 4 toma de muestras página 133).
Modalidad de vigilancia	Notificar por C2, numérica, semanal.
Medidas de control	A nivel individual: Aislamiento de secreciones respiratorias en los casos. Separar los casos sospechosos de los lactantes y los niños de corta edad, especialmente los no inmunizados, hasta que los pacientes hayan recibido antibióticos durante 5 días por lo menos, en un esquema mínimo de 10 días. Protección de casos y contactos En menores de 7 años, vacunados o no: eritromicina 40 mg/kg/día durante 14 días, más refuerzo de vacuna o Roxitromicina a dosis de 8 a 10 mg/kg/d durante 10 días En mayores de 7 años: Profilaxis con eritromicina 40 a 50 mgs. por kgs. por día, (no más de dos gramos por día), durante 14 días. Excluir de escuelas, guarderías o jardines a los casos y a los contactos del núcleo familiar menores de 7 años de edad con inmunización inadecuada, hasta que hayan cumplido cinco de los 10 días de profilaxis requeridos. A nivel comunitario Investigar la cobertura por DPT Hib en la población local. (Ver Normas Nacionales de Vacunación)

Medidas en caso de brotes o epidemias	Ante un aumento de casos sospechosos sobre los casos esperados, dar aviso rápidamente a la autoridad sanitaria pertinente para implementar la profilaxis y la vacunación correspondiente, así como la preparación de la atención médica adecuada.
--	---

	1.2. - DIFTERIA CIE10 A36
Justificación	Enfermedad infecciosa grave, de amplia difusión, con potencial epidémico, para la que existe una vacuna eficaz. Se presenta en nuestro país en pequeños brotes familiares o como casos esporádicos
Descripción	Enfermedad bacteriana aguda que afecta principalmente las amígdalas, faringe, laringe, nariz, a veces otras membranas mucosas o la piel, con linfadenopatía cervical. La lesión característica, causada por la liberación de una toxina específica, consiste en la aparición de placas de membranas blanco-grisáceas nacaradas adherentes, con inflamación a su alrededor, que sangran al intentar desprenderlas. Los efectos tardíos de la absorción de toxinas, que aparecen después de dos a seis semanas de iniciados los síntomas, incluyen parálisis de los nervios craneales y periféricos, motores y sensitivos, y miocarditis (que puede aparecer antes) y a menudo son de gran intensidad.
Agente	<i>Corynebacterium diphtheriae</i> , biotipos <i>gravis</i> , <i>mitis</i> o <i>intermedius</i> . Cuando las bacterias son infectadas por el Corinebacteriófago que contiene el gen <i>tox</i> , hay producción de toxinas.
Transmisión	Contacto con un paciente o un portador; rara vez el contacto con artículos contaminados por secreciones de lesiones de personas infectadas. Dura hasta que cesa la eliminación de bacilos del sitio infectado. Varía de uno a dos días en los tratados con antibióticos adecuados, y de dos a cuatro semanas en los no tratados. El portador crónico que es muy raro, puede transmitir la enfermedad por seis o más meses.
Reservorio	El hombre.
Incubación	Por lo general 2 a 5 días, aunque a veces es más prolongado.
Distribución	La enfermedad afecta principalmente a menores de 15 años de edad sin vacunación y adultos con vacunación incompleta. Clásicamente la enfermedad era de los meses más fríos en las zonas templadas; el advenimiento de la era vacunal afectó este comportamiento. En nuestro país la difteria pasó de cientos de casos anuales en la década del 70, ha cero casos en 1997. Durante 1998 se notificaron 2 casos, en la provincia de Misiones, 1 importado. Otras jurisdicciones han notificado casos en los últimos 5 años: Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Formosa, Neuquén y Santiago del Estero. Gráfico
Definición de caso	Caso sospechoso: Enfermedad caracterizada por laringitis o faringitis o amigdalitis y membrana blanco-grisácea nacarada adhesiva de las amígdalas, la faringe o la nariz, que sangra al forzar para desprenderla. Caso confirmado: caso sospechoso con aislamiento e identificación del <i>Corynebacterium diphtheriae</i> o con nexo epidemiológico (ver Capítulo IV toma de muestra, página 133). Los casos deberán ser clasificados como autóctonos e importados.
Modalidad de vigilancia	Notificación inmediata del caso por la vía más rápida (teléfono, fax, etc.), a la autoridad local de salud y central. Notificación por C2, individualizada.
Medidas de control	El control de la difteria se basa en las tres medidas siguientes: Alta cobertura de vacunación de la población. Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno del paciente y de contactos Atención especial a las defunciones. Nivel individual: Aislamiento de secreciones respiratorias (en la difteria faríngea) hasta negativización por laboratorio: en habitación individual. Lavado de manos y uso de guantes de contacto (en difteria de piel). Uso de barbijos de buena calidad y antiparras. TRATAMIENTO Antitoxina, sin esperar los resultados de laboratorio. Descartar hipersensibilidad, aplicar por vía intramuscular (IM) una sola dosis de 20.000 a 100.000 unidades, según la duración de los síntomas, la zona de afección, y la gravedad de la enfermedad. La antitoxina se solicita al instituto Malbrán (TE: 011 – 4303-1801 al 07) La eritromicina y la penicilina son eficaces contra el microorganismo, junto con la antitoxina, pero no como sustituto de ella. Se ha recomendado aplicar por vía intravenosa 40-50 Mg de eritromicina parenteral por Kg de peso por día (hasta un máximo de 2 gramos al día), mientras no pueda deglutir cómodamente el enfermo, o penicilina G sódica, 100.000 a 150.000 unidades por Kg por día

	<p>dividida en 4 dosis. Una vez que el enfermo logre deglutir se podrá cambiar a un régimen de cuatro dosis de eritromicina por vía oral a igual dosis durante un período total de 10 a 14 días.</p> <p>En los contactos íntimos (familiares y otros contactos íntimos) independientemente del estado de inmunización, realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - control clínico por 7 días para detectar enfermedad - cultivo bacteriológico - profilaxis antibiótica (eritromicina o penicilina G benzatínica) - vacunación de bloqueo de todos los contactos sin importar antecedente de vacunación <p>Nota: Los portadores asintomáticos con cultivo positivo de <i>C. Diphtheriae</i> no deben notificarse como casos sospechosos o confirmados de difteria. Vacunar si no tuvieran esquema completo de vacunación, o que hayan recibido la última dosis hace más de 1 año. Dar antibioticoterapia (penicilina o eritromicina) según dosis adecuadas. Hacer cultivos de seguimiento hasta 15 días después del tratamiento.</p> <p>Administrar una sola dosis IM de penicilina benzatínica de 600.000 unidades para niños menores de 6 años de edad, y 1.200.000 unidades para los mayores de esa edad. Dos semanas después del tratamiento repetir el cultivo faríngeo de aquellos que fueron positivos y repetir éste de ser aún positivos. Alternativamente se puede utilizar hasta 2 g diario de eritromicina por vía oral durante 7 días en los adultos, y en los niños administrar 40 mg diarios de eritromicina por Kg de peso durante 7 días.</p> <p>Los contactos íntimos adultos cuya ocupación incluya la manipulación de alimentos, o la relación íntima con niños no inmunizados, deben ser eximidos de sus funciones hasta que los exámenes bacteriológicos corroboren que ya no son portadores.</p>
<p>En caso de brote o epidemias</p>	<p>Determinar los grupos poblacionales expuestos a un mayor riesgo. Inmunizar indiscriminadamente la población en riesgo, dando prioridad a las áreas y grupos de edad más afectados, aquellos que no presenten esquema de vacunación completo o que no hubieran recibido 1 dosis de refuerzo en los últimos 5 años.</p>

	1.3. - PARALISIS FLACCIDAS AGUDAS (POLIOMIELITIS) CIE10 A80
Justificación	<p>La poliomielitis ha sido durante siglos una importante causa de invalidez y muerte en la infancia, hasta el advenimiento de la vacuna a mediados de la década del 50.</p> <p>Desde 1985 existe la meta de erradicar la transmisión autóctona del virus salvaje de la poliomielitis en las Américas.</p> <p>La Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis concluyó que "la transmisión del poliovirus salvaje se ha interrumpido en las Américas".</p> <p>Hasta que no se erradique mundialmente, la ausencia de Poliomielitis no descarta la posibilidad de la introducción del virus a través de un caso importado, razón por la cual todo caso de Parálisis Fláccidas Agudas (PFA) se considera sospechoso de Poliomielitis.</p>
Descripción	De acuerdo a la etiología de la PAF
Agente	De acuerdo a la etiología de la PAF
Transmisión	De acuerdo a la etiología de la PAF
Reservorio	De acuerdo a la etiología de la PAF
Incubación	De acuerdo a la etiología de la PAF
Transmisibilidad	De acuerdo a la etiología de la PAF
Distribución	Se estima en 1 caso de PAF cada 100.000 menores de 15 años
Definición de caso	<p>Caso sospechoso: Caso de parálisis aguda y flácida en una persona menor de 15 años.</p> <p>Caso confirmado: caso sospechoso con confirmación de laboratorio (aislamiento viral de poliovirus salvaje).</p> <p>Caso asociado a la vacuna: PAF en la que el virus vacunal es la causa de la misma, entre 7 a 30 días de haber recibido la vacuna, o haber tenido contacto con vacunado.</p> <p>Caso compatible (poliomielitis compatible): todo caso sospechoso, sin estudio de laboratorio y seguimiento por muerte o caso vinculado a uno confirmado.</p> <p>Caso descartado (no poliomielitis): enfermedad paralítica aguda con muestras adecuadas de heces y con resultado negativo para poliovirus salvaje.</p> <p>CLASIFICACION FINAL DE CASOS: será responsabilidad del Comité Nacional De Clasificación De Casos de PAF.</p> <p>MUESTRAS PARA LABORATORIO:</p> <p>Las muestras de heces constituyen el material más adecuado para el aislamiento de poliovirus. Los mejores resultados de aislamiento se alcanzan con las muestras fecales recogidas en la fase aguda de la enfermedad, dentro de los 15 días de comenzado el cuadro (ver Capítulo IV toma de muestra, página 133).</p>
Modalidad de vigilancia	Notificación a la autoridad sanitaria de la provincia dentro de las 24 horas y completar la ficha epidemiológica. Se realiza notificación por C2 y semanal negativa.
Medidas de Control	<p>La Vigilancia intensiva de PAF consta de tres componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lograr y mantener altas coberturas de vacunación (> 95 %). - efectuar una vigilancia epidemiológica notificando los casos de PAF y certificar la no-ocurrencia de casos. - realizar un rápido control de focos con actividades de inmunización de acuerdo a normas. <p><u>Actividades:</u></p> <p>asegurar la toma de una muestra de materia fecal del caso índice y su envío inmediato al laboratorio, adjuntando resumen de historia clínica.</p> <p>-completar la ficha epidemiológica, en los aspectos clínicos y enviarla al nivel jurisdiccional.</p> <p><u>Estudio de contactos:</u> Consiste en recolectar muestras de 5 contactos menores de 7 años, <u>previo a la vacunación de bloqueo.</u></p> <p>La toma de muestras de contactos se efectúa en las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> -caso índice sin muestras de heces. -caso índice fallecido. -caso índice con clínica de poliomielitis. -caso índice con falta de seguimiento (evaluación de secuelas). <p>A los 60 días: evaluar los casos a fin de constatar la presencia o no de secuelas compatibles con poliomielitis.</p> <ul style="list-style-type: none"> -elevar el informe correspondiente.

Medidas en caso de epidemia	Se entiende por BROTE la ocurrencia de 1 (uno) caso confirmado de poliomielitis por laboratorio. Se organizarán actividades dentro de las 48 horas (investigación domiciliaria, vacunación de bloqueo de los contactos y del área a determinar por la autoridad sanitaria, búsqueda activa de casos). Se utilizará SABIN sin interesar dosis recibidas previamente a los niños menores de 15 años.
------------------------------------	--

	1.4. - PAROTIDITIS INFECCIOSA (Paperas) CIE10 B26
Justificación	Enfermedad vírica cuyas complicaciones son orquitis, ovaritis, pancreatitis y encefalitis para la que existe una vacuna eficaz
Descripción	Enfermedad vírica aguda caracterizada por fiebre, hinchazón y dolor al tacto de una o más glándulas salivales. El ataque neurológico y la orquitis pueden surgir sin afección de las glándulas salivales.
Agente	El virus de la parotiditis infecciosa, miembro de la familia Paramyxoviridae, del género Paramyxovirus, que guarda relación antigénica con los virus de la parainfluenza.
Transmisión	Por diseminación de gotitas y por contacto directo con saliva de una persona infectada.
Reservorio	Los humanos
Incubación	De 12 a 25 días, por lo común 18 días.
Transmisibilidad	El período de infecciosidad máxima ocurre unas 48 horas antes del comienzo de la enfermedad. Las infecciones no manifiestas pueden ser transmisibles. Días de transmisibilidad: 7-14.
Distribución	Los estudios serológicos indican que el 85% o más de los adultos han tenido parotiditis en ausencia de inmunización. El invierno y la primavera son las estaciones de mayor incidencia en nuestro país
Definición de caso	Caso sospechoso: Enfermedad de comienzo agudo con tumefacción uni o bilateral, autolimitada a la parótida u otra glándula salival, de duración igual o mayor a 2 días y sin otra causa aparente. Caso confirmado: Caso sospechoso relacionado epidemiológicamente con otro caso confirmado. Un caso confirmado por laboratorio no precisa reunir las características de la definición de caso sospechoso. El laboratorio confirma con dosaje de anticuerpos IgM de parotiditis o aislamiento del virus de la parotiditis de una muestra clínica.
Modalidad de vigilancia	Notificación numérica, por C2, semanal, por grupo de edad.
Medidas de control	A nivel individual: el enfermo no debe acudir a la escuela o a su lugar de trabajo hasta 9 días después del comienzo de la parotiditis. Realizar desinfección concurrente La inmunización después de la exposición a la enfermedad puede no proteger a los contactos. La inmunoglobulina humana no se recomienda. A nivel comunitario: Vacunación con Triple Viral (Ver Normas Nacionales de Vacunación).
Medidas en caso de epidemias	Vacunar a las personas susceptibles.

	1.5. - RUBEOLA CONGENITA CIE10 P-35.0
Justificación	Cuando la madre sufre la enfermedad durante el embarazo, el feto puede ser afectado. Durante los 2 primeros meses de embarazo se produce aborto espontáneo o múltiples defectos congénitos (afección ocular, sordera) en 40 a 60 % de los casos; durante el 3er mes es responsable de cardiopatías en un 30 a 35 %; hasta el 4º mes puede aparecer esporádicamente sordera. La rubéola congénita es más rara cuando la madre se infecta después del 4º mes de gestación.
Descripción	Enfermedad del recién nacido como consecuencia de una infección de rubéola intra-útero. Se caracteriza por los siguientes signos y síntomas: Cataratas/glaucoma, cardiopatía, pérdida de audición, retinopatía pigmentaria. Estos síntomas pueden o no estar acompañados por púrpura, esplenomegalia, ictericia, microcefalia, retraso mental, meningo-encefalitis, osteopatía. .Los fetos infectados en los comienzos de la vida embrionaria están expuestos a un mayor riesgo de muerte intrauterina, aborto espontáneo y malformaciones congénitas de grandes órganos y sistemas.
Agente	El virus de la rubéola (de la familia <i>Togaviridae</i> del género rubivirus)
Transmisión	La transmisión es vertical de la madre al feto durante el embarazo. Las mujeres embarazadas suelen contraer la enfermedad de los niños enfermos.
Reservorio	El Hombre
Incubación	En la madre 14 a 21 días
Transmisibilidad	Los niños con rubéola congénita pueden expulsar virus por secreciones nasofaríngeas u orina hasta el año de edad.
Distribución	No se conoce la incidencia y distribución de la rubéola congénita en nuestro país
Definición de caso	Caso sospechoso: Lactante que presenta 1 o más de los síntomas referidos en la descripción. Caso confirmado: Caso clínicamente sospechoso, confirmado por laboratorio. La rubéola en el recién nacido se confirma por la presencia de anticuerpos IgM específicos en una sola muestra, persistencia del título de anticuerpos IgG, mas allá de la fecha esperada para la transferencia pasiva de anticuerpos maternos o por el aislamiento del virus, que puede excretarse con las secreciones de la faringe o de la orina hasta el año de edad.
Modalidad de vigilancia	La rubéola congénita se notifica por unidades de referencia (maternidades) a través de una ficha específica. (ver ficha anexa).
Medidas de control	AISLAMIENTO: Ante la presencia de un caso sospechoso de rubéola congénita, hasta tanto se confirme o descarte el diagnóstico, así como en los casos confirmados, se aislará al paciente de los contactos susceptibles. MEDIDAS PREVENTIVAS: La principal estrategia para la eliminación del Síndrome de Rubéola Congénita es interrumpir la transmisión de rubéola alcanzando y manteniendo altos niveles de inmunización. (Ver Normas Nacionales de Vacunación) INVESTIGACION DE LOS CONTACTOS: En caso de contacto con una mujer embarazada se deberá realizar a la misma IgG e IgM para evaluar infección antigua, actual o susceptibilidad. INMUNIZACION DE CONTACTOS: Los contactos susceptibles deben ser vacunados a partir del año de edad.

	1.6. – SARAMPIÓN
Justificación	La Vigilancia Epidemiológica del Sarampión forma parte de las estrategias del Programa Nacional de Erradicación del Sarampión de la República Argentina, en conjunto con el resto de los países de las Américas y por propuesta de la Organización Panamericana de la Salud de 1992, por lo que resulta ser un programa prioritario dentro de las acciones nacionales de salud.
Descripción	Enfermedad vírica aguda, potencialmente grave, transmisible y extremadamente contagiosa. Las manifestaciones clínicas son: fiebre, conjuntivitis, coriza, tos (tres catarrros), el enantema (como las manchas de Koplik), y erupción generalizada centrifuga con espacios de piel sana que comienza en la cara, en la zona retroauricular y desciende al tronco y por último, a los miembros. Luego de 5 a 7 días se observa una descamación furfurácea. Las complicaciones pueden ser por el mismo virus o por una sobre infección bacteriana, e incluyen diarrea, otitis media, neumonía y meningoencefalitis. La gravedad del sarampión es mayor entre los niños de muy corta edad y en los desnutridos.
Agente	El virus del sarampión pertenece a la familia de los Paramyxovirus, género Morbillivirus.
Transmisión	Es fundamentalmente de persona a persona, por diseminación de gotitas de Flügge (a través del aire). La presencia de aerosoles que permite la transmisión aérea en lugares cerrados (consultorios e internaciones), dura hasta dos horas después que la persona infectada se haya retirado.
Reservorio	El hombre.
Incubación	El período de incubación dura unos 10 días, y varía de 7 a 18 días desde la exposición hasta el comienzo de la fiebre, y unos 14 días hasta que aparece la erupción.
Transmisibilidad	Desde 4 días antes hasta 4 días después de aparecer el exantema.
Distribución	La susceptibilidad es generalizada para todas las personas que no han padecido la enfermedad o que no han sido inmunizadas. En zonas templadas, generalmente, la enfermedad ocurre al final del invierno y en primavera. En las épocas prevacunales, se describía un componente cíclico bianual típico. A partir de la vacunación, tras obtener altas coberturas, los períodos ínter epidémicos se amplían, y se estima que cuando la acumulación de susceptibles alcanza a una cohorte corriente de niños nacidos el mismo año, aumenta peligrosamente la ocurrencia de brotes de sarampión.
Definición de caso	<p>Caso sospechoso: paciente de cualquier edad que reúna los criterios clínicos de: Fiebre de 38° C ó más, anterior o durante el exantema, <u>más</u> exantema generalizado, <u>más</u> cualquiera de los siguientes catarrros: nasal, conjuntival, bronquial.</p> <p>Caso confirmado: es el caso sospechoso con confirmación de laboratorio o nexo epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio o nexo (ver Capítulo IV, toma de muestra página 133).</p> <p>Caso compatible: todo sospechoso sin estudio de laboratorio y sin nexo epidemiológico conocido. "El caso compatible es un fracaso de la vigilancia"</p> <p>Caso descartado: casos negativos para anticuerpos de sarampión por laboratorio.</p> <p>Una reacción post-vacunal no se notifica como caso: es el cuadro clínico caracterizado por: fiebre mayor de 38° C y/o erupción de corta evolución, aparecida entre los 5 a 12 días después de la vacunación</p>

<p>Modalidad de vigilancia</p>	<p>Del nivel asistencial</p> <p>Ante un caso sospechoso:</p> <p>Indicar la toma de una sola muestra de sangre (en el período entre 3 y 30 días posteriores al inicio de la erupción) y enviarla al laboratorio que le corresponda por la Red, en tiempo y forma, con todos los datos básicos ya que está establecido el mecanismo para el envío de muestras y recepción de informes. Notificar el caso dentro de las 24 horas por el medio de comunicación más rápido (Tel., Fax etc.), los datos necesarios para realizar las acciones de Vacunación de BLOQUEO.</p> <p>Iniciar Búsqueda Activa entre contactos del caso sospechoso INVESTIGANDO POSIBLE FUENTE DE INFECCION informando al servicio de Salud o al profesional responsable del cumplimiento del Programa.</p> <p>Cumplimentar la Ficha epidemiológica específica de cada caso sospechoso y enviarla al nivel correspondiente.</p> <p>Notificación Negativa: en ausencia de casos sospechoso durante una semana, realizar "notificación negativa".</p> <p>De los niveles jurisdiccionales:</p> <p>a) Recibir las notificaciones de los niveles operativos y enviar semanalmente al Nivel Nacional la notificación de "casos sospechosos o negativa expresa".</p> <p>b) Establecer el mecanismo para el envío de muestras y recepción de informes con el laboratorio que le corresponda según la Red.</p> <p>c) Con la información de laboratorio y la evaluación epidemiológica (clínica y situación del área), realizar la Clasificación Final del caso, de acuerdo con las normas del Programa Nacional de Eliminación vigentes.</p> <p>d) Enviar quincenalmente al nivel Nacional, las Fichas epidemiológicas de los casos que ya tengan Clasificación Final, tanto los confirmados como los descartados.</p> <p>e) Evaluar la información para la toma oportuna de medidas.</p> <p>f) Notificar a los niveles operativos los resultados de las Clasificación Final, como así también la situación epidemiológica de la jurisdicción, de manera periódica.</p> <p>g) Comunicar de inmediato al Nivel Nacional, niveles operativos y jurisdicciones vecinas, toda situación en caso de riesgo.</p> <p>h) Supervisar y evaluar el desarrollo del Programa de su jurisdicción.</p> <p>Del Nivel Nacional:</p> <p>a) Analizar y consolidar la información de las jurisdicciones y de laboratorio.</p> <p>b) Notificar a todas las jurisdicciones, la situación epidemiológica del país y de cada una de las jurisdicciones mediante el Boletín Epidemiológico Semanal.</p> <p>c) Informar a todo el país toda situación de riesgo, de manera oportuna.</p> <p>d) Notificar a la Organización Panamericana de la Salud y a los países limítrofes, la situación epidemiológica del país.</p>
<p>Medidas de control</p>	<p>De nivel individual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificación obligatoria a la autoridad de salud. • Aislamiento: los niños no deben asistir a la escuela hasta una (1) semana después que apareció la erupción. En los hospitales el aislamiento respiratorio debe ser estricto. Todo niño de 6 meses o mayor hospitalizado, debe tener una (1) ó dos (2) dosis de vacuna antisarampionosa, de acuerdo con la edad. Los pacientes inmunodeprimidos hospitalizados, que pueden tener contacto con casos de sarampión, deben recibir gammaglobulina. <p>Todo el personal de salud que no haya padecido el sarampión debe estar vacunado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desinfección concurrente: ninguna. • Tratamiento específico: ninguno. <p>De nivel comunitario:</p> <p>El Programa de Eliminación del Sarampión se basa, fundamentalmente en la vacunación oportuna de la población susceptible, para ello se debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcanzar y mantener coberturas mayores del 95% en menores de 15 años. • Vacunar al 100% niños de un (1) y seis (6) años con vacuna Triple Viral (Programa Regular). • Realizar "vacunaciones masivas de seguimiento", cuando las autoridades sanitarias lo consideren oportuno, dada la acumulación de susceptibles (Operativos y Campañas). <p>Realizar "acciones de bloqueo" ante la aparición de casos sospechosos, dentro de</p>

	las 72 horas de captado el caso, a todos los contactos desde los 6 meses de edad a 40 años, y a todo aquel mayor de esta edad que manifieste no haber padecido la enfermedad.
Medidas en caso de epidemias	Definición de brote: Para la situación epidemiológica actual, se ha adoptado la definición de brote cuando ocurren dos (2) o más casos relacionados entre sí y en un mismo barrio o localidad. En caso de brote, se tomará muestra de sangre, únicamente, en los 2 o 3 primeros casos de un mismo barrio o localidad o escuela, ya que lo que se busca es confirmar la etiología del brote, y para ello basta la evidencia inicial del laboratorio.

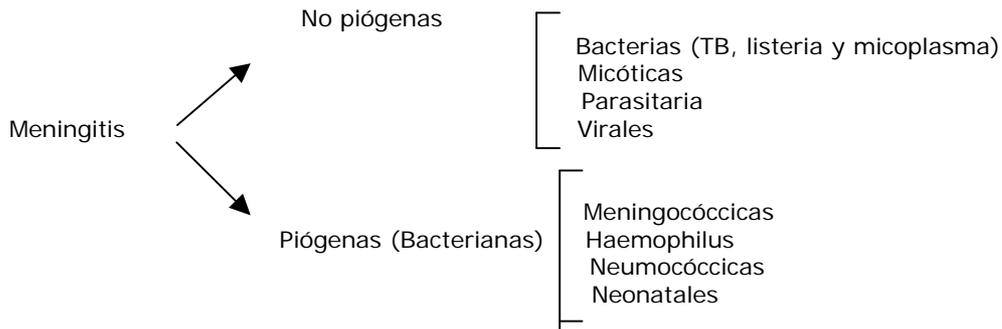
	1.7. - TETANOS NEONATAL CIE-10: A-33
Justificación	Enfermedad aguda de alta letalidad. Es 100% prevenible mediante la vacunación de la madre durante el embarazo, lo que confiere inmunidad pasiva que les protege
Descripción	Enfermedad aguda grave, no contagiosa que afecta al recién nacido cuya manifestación clínica principal es la dificultad en la succión. Además, trismus seguido de rigidez de músculos cervicales, tronco y abdomen, fiebre, sudoración, taquicardia, espasmos musculares y dificultad respiratoria. El tétanos neonatal es casi siempre letal. Diagnóstico Diferencial: Meningitis, intoxicación por estricnina, encefalitis, peritonitis, trastornos metabólicos, lesión intracraneana secundaria al parto.
Agente	<i>Clostridium tetani</i> , bacilo gram positivo anaerobio, formador de esporas que produce varias exotoxinas siendo la tetanoespasmina la responsable del cuadro clínico por su unión a los tejidos del SNC.
Transmisión	En el tétanos neonatal, las esporas se introducen al cortar el cordón umbilical en el momento del parto en madres no inmunizadas, o por el uso de instrumentos o sustancias contaminadas con esporas.
Reservorio	El intestino de los caballos y otros animales incluido el hombre donde el bacilo es un habitante normal e inócuo. La tierra o elementos contaminados con las heces son los vehículos.
Incubación	De 3 a 21 días. Promedio: 10 días
Distribución	Universal En el tétanos neonatal, las esporas se introducen por el cordón umbilical en madres no inmunizadas en el momento del parto.
Definición de caso	Caso sospechoso: Recién nacido que después de los primeros días de succionar normalmente, comienza a tener dificultad progresiva hasta incapacidad de alimentarse por trismus y rigidez más opistótonos. Caso confirmado: Caso compatible clínicamente diagnosticado por profesional de la salud.
Modalidad de vigilancia	Notificación inmediata, por Ficha específica del caso Neonatal, y notificación negativa semanal.
Medidas de control	Prevención. Vacunación al 100% de las mujeres en edad fértil, gestante o no gestante. Atención profesional del parto con medios higiénicos adecuados. Educación a la madre sobre el cuidado del niño. De nivel individual. Sedación, vía aérea permeable, limpieza cordón umbilical, empleo de toxoide tetánico y de inmunoglobulina o de ambos.

	1.8. – TÉTANOS OTRAS EDADES CIE10 A35
Justificación	Enfermedad aguda inmunoprevenible de alta letalidad
Descripción	Enfermedad neurológica aguda producida por una exotoxina (neurotoxina) del bacilo tetánico que prolifera en medios anaerobios (sangre o herida contaminada). Se caracteriza por contracciones musculares dolorosas, primero en los maseteros (trismus) y en los músculos del cuello y luego en el tronco. Se presentan espasmos generalizados graves que con frecuencia son agravados por estímulos externos. Persisten durante 1 semana o más y ceden luego de semanas en aquellos que se recuperan. Los signos clínicos son el opistótonos y la expresión facial conocida como risa sardónica. La letalidad varía de 10 a 90%, siendo inversamente proporcional al período de incubación.
Agente	<i>Clostridium tetani</i> , bacilo gram positivo anaerobio y formador de esporas que produce varias exotoxinas siendo la tétanosespasmina las responsables del cuadro clínico por su unión a los tejidos del SNC
Transmisión	Las esporas del <i>Clostridium tetani</i> se introducen en el cuerpo a través de una herida contaminada por tierra o heces de animales o el hombre, quemaduras o por inyecciones de drogas ilícitas contaminadas. No es transmisible de persona a persona.
Reservorio	El intestino de los caballos y otros animales incluido el hombre donde el bacilo es un habitante normal e inocuo. La tierra o elementos contaminados con las heces son los vehículos.
Incubación	De 2 a 21 días. Promedio: 10 días
Distribución	Universal
Definición de caso	Caso sospechoso: Todo paciente, cualquiera sea su edad, que reúna los criterios clínicos de espasmos localizados o generalizados a predominio cefálico, graves o que puedan ser agravados por estímulos externos, con antecedentes o no de heridas (traumáticas, quirúrgicas o por inyectables) Caso confirmado: Rara vez se confirma el bacilo por cultivo
Modalidad de vigilancia	Notificación por C2, semanal, individualizado.
Medidas de control	De nivel individual Profilaxis de heridas (limpias o contaminadas), estado de inmunización y empleo de toxoide tetánico y de inmunoglobulina o de ambos. Ver Normas Nacionales de Vacunación. De nivel comunitario: Conducta con el resto de la población del área Analizar cobertura de vacunación con DPT, dTa y TT por edad y zona geográfica para identificar las áreas de baja cobertura. Promover en la población las ventajas de cumplir con el calendario de vacunación, de acuerdo a las Normas Nacionales de Vacunación. Revacunación cada 10 años de toda la población adulta.

2. -MENINGOENCEFALITIS

- 2. 1.- Meningitis: tipos y descripción clínica. Pág. 48.**
- 2. 2.- Meningitis no Piógena. Pág. 49.**
- 2. 3.- Meningitis Meningocóccica. Pág. 50.**
- 2. 4.- Meningitis por Haemophilus. Pág. 52.**
- 2. 5.- Meningitis Neumocóccica. Pág. 54.**
- 2. 6.- Meningitis Tuberculosa niños < 5 años. Pág. 55.**

2.1. - TIPOS DE MENINGITIS:



DESCRIPCIÓN CLÍNICA	
LACTANTES, NIÑOS MAYORES Y ADULTOS	
Manifestaciones Generales	Manifestaciones Neurológicas
Fiebre	Alteración de conciencia
Cefalea	Rigidez de nuca
Rechazo del alimento	(signos de Kerning y Brudzinski)
Nauseas – Vómitos	Convulsiones
Lesiones en piel: petequias, sufusiones	Fontanela bombé (hasta 15 meses)
Bradycardia	Coma
	Signos neurológicos focales (paresia, trast.visuales, endoftalmitis)
Bradipnea	Ataxia, letargia, irritabilidad

NEONATOS	
Manifestaciones Generales	Manifestaciones Neurológicas
Fiebre	Convulsiones
Cutis marmorata	Fontanela hipertensa
Diarrea – Vómitos	Alteración de conciencia
Sepsis	Letargia
Ictericia	Irritabilidad
Rechazo de alimentos	
Quejido espiratorio Dificultad respiratoria	
Hipotonía muscular	

	2.2. - MENINGITIS NO PIOGENA CIE-10 A87; CIE-10 G03.0
Justificación	La vigilancia individualizada de todos los tipos de meningitis permite medir y detectar epidemias e intervenir oportuna y adecuadamente en los brotes. La sospecha y el diagnóstico oportuno son importantes para la adecuada atención de los enfermos. La notificación de los casos es fundamental para la intervención oportuna sobre los contactos y la comunidad. Algunos agentes etiológicos pueden ser prevenibles por vacunación. En nuestro país, aun se desconoce en un alto porcentaje el agente etiológico de las meningitis virales.
Descripción	Síndrome clínico frecuente que rara vez es grave, y que puede ser causado por muy diversos virus, bacterias y hongos. Se caracteriza por fiebre de comienzo repentino con signos y síntomas de ataque meníngeo, pleocitosis en el líquido cefalorraquídeo (por lo regular, mononuclear, pero puede ser polimorfonuclear en las etapas incipientes), aumento de proteínas, tasa de glucosa normal y ausencia de bacterias piógenas.
Agente	Agente: Las causas más diagnosticadas de meningitis asépticas en nuestro país son los enterovirus y el virus de la parotiditis. Algunos virus como Herpes simplex, sarampión, Varicela y Arbovirus pueden causar cuadros mixtos (meningo-encefalitis). En gran parte de los casos no hay un agente demostrable. La incidencia de tipos específicos varía según el lugar y la época. En nuestro país la meningitis aséptica Tuberculosa (bacteriana) representa un número significativo.
Transmisión	El modo de transmisión, reservorio, período de incubación, de transmisibilidad, susceptibilidad y resistencia, varían con el agente infeccioso.
Reservorio	De acuerdo al agente infeccioso
Incubación	De acuerdo al agente infeccioso
Transmisibilidad	De acuerdo al agente infeccioso
Distribución	Mundial, en forma epidémica y esporádica. Se desconoce su incidencia real. El aumento estacional en primavera, verano y comienzos del otoño se debe principalmente a enterovirus, en tanto que los brotes de finales del invierno y primavera son causados más bien por el virus de la parotiditis.
Definición de caso	Caso sospechoso: fiebre de comienzo repentino, con signos y síntomas de ataque meníngeo, pleocitosis en el LCR(por lo regular mononuclear pero puede ser polimorfonuclear en las etapas incipientes), aumento de proteínas, tasa de glucosa normal y ausencia de bacterias piógenas. Rara vez es grave. Caso Confirmado : depende del laboratorio. Las técnicas para el diagnóstico virológico han avanzado mucho. El diagnóstico molecular puede dar los resultados (enterovirus, virus de la parotiditis o herpes) dentro de la semana de enviado el material lo que permitiría al profesional de salud, tomar medidas de control necesarias. Se recomienda el envío de las muestras al centro de referencia más cercano (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133).
Modalidad de vigilancia	Notificación individualizada por ficha específica y semanal por C2 En casos de brotes hacer la investigación solicitando el apoyo necesario al nivel correspondiente.
Medidas de control	Individual: En caso de enterovirus están indicadas las precauciones de tipo entéricas durante 7 días después de haber comenzado la enfermedad. Inmunización de contactos: si corresponde a la enfermedad específica. Ámbito comunitario - Medidas en caso de epidemia: de acuerdo a la enfermedad específica.

	2.3. - MENINGITIS MENINGOCOCCICA CIE10 -A39.0
Justificación	El diagnóstico precoz de los casos y la vigilancia constante del comportamiento de la enfermedad Meningocóccica y sus tendencias son fundamentales para el control de estas afecciones. Para que el objetivo de la vigilancia se cumpla se necesita la confirmación bacteriológica de los casos, la hospitalización inmediata de los enfermos y el control de los contactos. En nuestro país, aun se desconoce el agente etiológico del 30% de las meningitis bacterianas.
Descripción	Es mayor la incidencia en menores de 5 años seguidos por el grupo de 6 a 19 años. Es frecuente el comienzo súbito y los casos fulminantes con postración y shock.
Agente	Neisseria meningitidis: diplococos gram negativos con 12 serogrupos de acuerdo al tipo de polisacárido capsular que posee; los más conocidos son A, B, C, W-135, Y, Z. De todos ellos los grupos A, B y C son los responsables del 95% de los casos de meningitis meningocóccicas en el mundo (brotes epidémicos) siguiendo en importancia el Y y el W135, que generalmente se presentan como casos aislados. En nuestro medio, los más frecuentes son los grupos B y C.
Transmisión	La enfermedad se transmite por contacto directo que incluye gotitas y secreciones de las vías nasales y de la faringe de las personas infectadas (portadoras y pacientes). El estado de portadores es variable y no predice los casos clínicos, por lo tanto el exudado faringeo carece de utilidad. La transmisión por utensilios es insignificante.
Reservorio	El hombre
Incubación	Varía de 2 a 10 días; por lo regular es de 3 a 4 días.
Transmisibilidad	En enfermos persiste hasta que los meningococos desaparecen de las secreciones de la nasofaringe. Esto ocurre en el lapso de 24 horas siguientes al inicio del tratamiento con antimicrobianos a los que sean sensibles y que alcancen concentraciones importantes en las secreciones bucofaríngeas. La penicilina suprime temporalmente los meningococos, pero no los erradica de la boca y la nasofaringe, (para esto es necesario utilizar Rifampicina, Ceftriaxona o Cefotaxime). La susceptibilidad a la enfermedad en general es pequeña. Aparece inmunidad con especificidad de grupo, cuya duración no está precisada.
Distribución	Las infecciones meningocóccicas tienen una distribución muy amplia. La mayor incidencia se observa durante el invierno y la primavera. Si bien afecta predominantemente a niños, a también compromete a adultos jóvenes. Es más frecuente en los hombres y más común en los individuos que viven en condiciones de hacinamiento (viviendas, instituciones militares, guarderías, orfanatos, campamentos, etc.). En nuestro país, desde 1993 a 1995 el serogrupo prevalente fue el B, desde ese año y hasta la actualidad (1999) el predominio es del grupo C.
Definición de caso	Caso sospechoso: es un caso compatible clínicamente sin aislamiento de germen con : 1.- el examen microscópico de frotis teñido por técnica de Gram del material obtenido (LCR., otros fluidos y eventualmente petequias) puede orientarnos en el diagnóstico si se observan "DIPLOCOCOS GRAM NEGATIVOS" o 2.- la identificación de polisacáridos meningocóccicos con especificidad de grupo en el líquido cefalorraquídeo y otros fluidos, por medio de aglutinación con partículas de látex, contraelectroforesis y técnicas de coaglutinación, también orienta a un caso sospechoso altamente compatible. El caso clínico acompañado de las dos técnicas anteriores positivas es considerado un caso confirmado. Caso Confirmado : Caso sospechoso con aislamiento del meningococo en el líquido cefalorraquídeo, sangre y otros fluidos (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133).
Modalidad de vigilancia	Notificación individualizada por ficha específica y semanal por C2 En caso de brote hacer la investigación solicitando el apoyo necesario al nivel correspondiente.
Medidas de control	Individual: Aislamiento respiratorio hasta cumplir 24 hs. de tratamiento antibiótico. Ámbito comunitario: No se justifica el cierre de escuelas o guarderías o instituciones. Evitar el hacinamiento en las viviendas y los sitios laborales, fomentando la ventilación de los ambientes en lugares con alta concentración de personas.

	<p>QUIMIOPROFILAXIS: Se debe realizar dentro de las primeras 24 horas de la sospecha del caso índice. Debe administrarse a los contactos íntimos entendiendo como tales a los integrantes del núcleo familiar conviviente, y aquellos que no siendo convivientes se comportan como tales en tiempo y proximidad. Si se trata de un escolar, la quimio la recibirán dentro del aula, solo los compañeros que cumplan con el concepto de contacto íntimo. En los jardines maternas y guarderías se hará quimioprofilaxis a todos los niños de corta edad y a todos los adultos que trabajen con esos niños. No está indicada la quimioprofilaxis a contactos ocasionales. El personal de salud no está expuesto a mayor riesgo que la comunidad en general, solo deben recibir quimioprofilaxis si hubo exposición directa (respiración boca-boca). Adultos: Rifampicina, en dosis de 600 mg. dos veces al día durante dos días. Niños mayores de 1 mes de edad: 20 mg. kg/día dividido en 2 tomas por día/ dos días (máximo 600mg). Menores de 1 mes: 10 mg. por kg/día, dividido en 2 tomas por día, dos días. Embarazadas: Ceftriaxona ,250 mg. IM única dosis.</p> <p>VACUNAS: Existen vacunas antimeningocóccicas que contienen los polisacáridos de los grupos A, C, Y y W-135. Ver normas nacionales de Vacunación 97/98. La vacuna antimeningocóccica C sólo se utiliza en caso de brotes. No se recomienda la inmunización sistemática de la población. En casos individuales está indicada en sujetos de riesgo (asplénicos o inmunocomprometidos).</p> <p>Medidas en caso de epidemia Cuando se produce un brote debe realizarse vigilancia activa y vacunación si corresponde. Recomendar a la población que ante todo cuadro febril se realice la consulta al médico (sin consumo de antibióticos previamente). Aislar y ventilar los ambientes de las personas que están expuestas a la infección por vivir en hacinamiento. La quimioprofilaxis indicada adecuada y oportunamente limitará la propagación de la infección.</p>
--	--

	2.4. - MENINGITIS POR HAEMOPHILUS CIE-10 G00.0
Justificación	Enfermedad inmunoprevenible que afecta especialmente a niños de 2 meses a 5 años.
Descripción	Su comienzo en general es agudo, eventualmente insidioso entre 1 a 4 días. Es común que se presente estupor progresivo o coma. A veces sólo se manifiesta por fiebre leve durante varios días, con síntomas más sutiles del sistema nervioso central. El microorganismo también puede causar neumonía con derrame pleural, celulitis, artritis séptica, pericarditis, empiema, osteomielitis y excepcionalmente epiglotitis.
Agente	Haemophilus influenzae tipo b (Hib). Otros tipos rara vez causan meningitis
Transmisión	Por infección con gotitas y secreciones nasofaríngeas durante el período infectante. El sitio de entrada es la nasofaringe.
Reservorio	El hombre
Incubación	De dos a cuatro días
Transmisibilidad	Todo el tiempo que estén presentes los microorganismos; puede ser duradero incluso sin secreciones nasales. La enfermedad deja de ser transmisible durante las 24 a 48 horas siguientes al comienzo del tratamiento eficaz con antibióticos (Ceftriaxona, Cefotaxime). Susceptibilidad: Es universal. Resistencia: La inmunidad depende de la presencia de anticuerpos circulantes anticapsulares adquiridos por vía transplacentaria, infección previa en mayores de 2 años o inmunización con vacunas conjugadas.
Distribución	Mundial; es más prevalente en el grupo de edad de 2 meses a 2 años, y es rara después de los 5 años de edad. En nuestro país los más afectados son los menores de 1 año. A veces se observan casos secundarios en familias y en guarderías infantiles. Existe mayor susceptibilidad en pequeños grupos poblacionales al igual que en personas con enfermedades de base (esplenectomizados, alteraciones de complemento, anemia drepanocítica, etc)
Definición de caso	Definición de caso Caso sospechoso: es un caso compatible clínicamente sin aislamiento de germen con 1.- el examen microscópico de frotis teñido por técnica de Gram del material obtenido (LCR., otros fluidos) puede orientarnos en el diagnóstico si se observan "COCO-BACILOS GRAM NEGATIVOS" o 2.-identificación de polisacáridos capsular específico por contrainmunolectroforesis y técnicas de aglutinación de látex (líquido cefalorraquídeo y otros fluidos) El caso clínico acompañado de las dos técnicas, se considera un caso probable altamente presuntivo. Caso Confirmado : Caso sospechoso con aislamiento del Haemophilus en el líquido cefalorraquídeo, sangre y otros fluidos (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133).
Modalidad de vigilancia	Notificación individualizada por ficha específica y semanal por C2 En caso de brote hacer la investigación solicitando el apoyo necesario al nivel correspondiente.
Medidas de control	Individual: Medidas de control: En el ámbito individual: Aislamiento respiratorio hasta cumplir 24 hs. de tratamiento antibiótico. Orientar a los padres respecto al riesgo de que se produzcan casos secundarios en los grupos de edad más susceptibles. En el ámbito comunitario: la quimioprofilaxis y la inmunización debe ser sistemática en menores de 4 años QUIMIOPROFILAXIS: Realizarla dentro de las primeras 24 horas de la sospecha del caso índice. Administrar quimioprofilaxis al núcleo familiar que además del caso, tenga niños menores de 4 años. Si todos los residentes son mayores de 4 años, el uso de la quimioprofilaxis NO esta indicado. En los jardines maternos se hará quimioprofilaxis a todos los niños y a todos los adultos que trabajen con esos niños. Adultos: Rifampicina, en dosis de 600 mg. 1 vez al día durante cuatro días. Niños mayores de 1 mes de edad: 20 mg. por kg., en 1toma diaria por cuatro días. Menores de 1 mes: 10 mg. por kg. dividido en 2 tomas por día, cuatro días. Embarazadas: 250 mg. de Ceftriaxona IM única dosis.

	<p>VACUNAS: Se ha demostrado que las vacunas con polisacáridos conjugados evitan la meningitis en los niños a partir de los 2 meses de vida. Ver normas nacionales de vacunación 97/98.</p> <p>Medidas en caso de brotes : Investigación de los contactos y de la fuente de infección: observación de los contactos íntimos menores de 5 años de edad y especialmente los lactantes, incluidos los del núcleo familiar, guarderías infantiles y salas cuna, en busca de signos de enfermedad, sobre todo fiebre.</p>
--	--

2.5. - MENINGITIS NEUMOCÓCCICA CIE-10 G00.1	
Justificación	La sospecha y el diagnóstico oportuno son fundamentales para la adecuada atención de los pacientes. La notificación permite la investigación minuciosa de los casos. y la selección de una adecuada intervención.
Descripción	Descripción: La meningitis neumocócica tiene una tasa de letalidad entre 20 y 27% en nuestro país. La tasa de secuelas alcanza a 33%. Es de presentación aguda o sobreaguda se presenta con bacteriemia, pero no necesariamente con otra localización topográfica. En caso de haberlas, las más frecuentes son otitis media y neumonías. Por lo común se manifiesta de modo repentino con fiebre alta, letargia o coma y signos de irritación meníngea. Es una enfermedad endémica que afecta a todas las edades, con mayor susceptibilidad en menores de 2 años y mayores de 60. También existen casos en grupos de alto riesgo que incluyen individuos asplénicos, HIV, alteraciones del complemento, nefróticos, cardíacos o con alteraciones de la inmunidad. La fractura de la base del cráneo con comunicación persistente con la nasofaringe constituye un factor predisponente de la meningitis neumocócica.
Agente	Streptococo pneumoniae, del cual se conocen a la actualidad, aproximadamente 90 serotipos capsulares. En nuestro país los más frecuentes son: 14, 5, 1, 6A/6B, 7F, 9V, 19A, 19F, 23F. os de alto riesgo. VACUNA: Ver normas nacionales de vacunación 97/98.
Transmisión	Modo de transmisión: de persona a persona por contacto respiratorio.
Reservorio	Reservorio: el hombre
Incubación	Período de incubación: variable, puede ser corto (1 a 3 días).
Transmisibilidad	Período de transmisibilidad: es desconocido. Puede persistir mientras el microorganismo está presente en las secreciones respiratorias. Este período puede ser menor de 24 horas cuando se instala el tratamiento con antimicrobianos.
Distribución	Tiene una distribución Mundial. Susceptibilidad y resistencia: la inmunidad está relacionada básicamente con la presencia de anticuerpos circulantes contra el serotipo específico del polisacárido capsular y la interacción del sistema de complemento.
Definición de caso	Caso sospechoso: es un caso compatible clínicamente sin aislamiento de germen El examen microscópico de frotis teñido por técnica de Gram del material obtenido (LCR., otros fluidos) puede orientarnos en el diagnóstico si se observan "DIPLOCOCOS GRAM POSITIVOS". También orienta al diagnóstico si se identifican polisacáridos capsulares específicos por contraelectroforesis y técnicas de aglutinación de látex (líquido cefalorraquídeo y otros fluidos) Caso Confirmado : Caso sospechoso con aislamiento del neumococo en el líquido cefalorraquídeo, sangre y otros fluido.
Modalidad de vigilancia	Notificación individualizada por ficha específica y semanal por C2
Medidas de control	Nivel individual: tratamiento general y específico Nivel comunitario: educación a la comunidad QUIMIOPROFILAXIS: no está indicada con excepción de contactos de alto riesgo

	2.6. - MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA EN MENORES DE 5 AÑOS CIE10 A15-A19
Justificación	La vacuna BCG produce una primoinfección controlada que actúa impidiendo la diseminación hematógena, que se produce durante la primoinfección con el bacilo salvaje. La meningitis tuberculosa en los niños menores de 5 años es una de las manifestaciones de la diseminación hematógena y se utiliza como indicador de la cobertura de vacunación al nacimiento.
Descripción	El bacilo de Koch produce una meningoencefalitis basal que compromete los nervios craneales y que produce rápidamente signos de hipertensión endocraneana por mayor producción de LCR y por obstrucción de su circulación.
Agente	Mycobacterium tuberculosis y Mycobacterium bovis.
Transmisión	En la mayoría de los casos se produce por inhalación de los bacilos expulsados al toser por los enfermos bacilíferos. En más de las 2/3 partes de los niños menores de 5 años con tuberculosis, la fuente de contagio es un conviviente cercano .
Reservorio	El hombre y el ganado bovino.
Incubación	De 15 días a 2 meses
Transmisibilidad	Hasta la negativización del paciente bacilífero
Distribución	En nuestro país, de acuerdo con los datos disponibles, con el aumento de la cobertura de vacunación al nacimiento, la tasa de incidencia de meningitis tuberculosa en niños menores de 5 años ha descendido de 2,8 por 100.000 habitantes en 1980, a 0,5 en 1998, lo que significa una disminución de 5,6 veces, en tanto que el número de enfermos bacilíferos ha disminuido, en igual período, 2,5 veces.
Definición de caso	Caso Sospechoso: Niño con síndrome meníngeo (que puede comenzar en forma aguda), con compromiso de pares craneales y LCR claro u opalescente, con elevación de albúmina, descenso de glucosa y aumento de glóbulos blancos no mayor de 500 células (neutrófilos o linfocitos, de acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad). En el momento de la internación puede conocerse o no el antecedente de contacto con un enfermo bacilífero. Debido a la importancia del tratamiento precoz para la evolución del paciente, ante todo caso sospechoso se tratará como meningitis tuberculosa, hasta que se demuestre lo contrario y sin esperar el estudio bacteriológico ni la investigación del foco contagiante. Caso Confirmado: Caso sospechoso con confirmación bacteriológica o con contacto con un paciente bacilífero confirmado (nexo epidemiológico) (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133). El hallazgo del bacilo en LCR, por examen directo, es excepcional y equivale a extrema gravedad. El cultivo tarda de 15 a 60 días, por lo que no se cuenta con él en el momento de decidir una conducta. En los pacientes en los que la radiografía de tórax muestre imágenes compatibles con cavidades, fistula gangliobronquial o diseminación miliar confluyente está indicado realizar un lavado gástrico para cultivo; el examen directo del contenido gástrico no es confirmatorio.
Modalidad de vigilancia	Notificación individualizada por ficha específica y semanal por C2 Notificar además el caso al Programa Nacional de Control de la Tuberculosis llenando y enviando la ficha epidemiológica correspondiente al nivel nacional
Medidas de control	Del nivel individual: Conducta con el paciente: Internación en una institución donde pueda evaluarse y tratarse la hipertensión endocraneana Tratamiento específico (TRATAMIENTO AL PIE) Aislamiento en una habitación destinada para tal fin, debido a la visita de familiares que pudieran ser bacilíferos. Asegurar el envío de las muestras para su procesamiento al Laboratorio de la Red de Tuberculosis donde pueda realizarse el cultivo. Conducta con los contactos cercanos QUIMIOPROFILAXIS: a los niños internados que por proximidad o deambulación puedan contactar con los enfermos y especialmente con sus familiares. Tiene las siguientes indicaciones: - Niños no reactivos a la tuberculina (Mantoux negativos), en contacto con un foco

	<p> bacilífero, hasta 3 meses luego de la negativización del foco, como máximo 6 meses (quimioprofilaxis primaria). En los recién nacidos y en los niños de 1 mes de edad o mayores que no hayan recibido BCG previamente, se les aplicará BCG y se les indicará quimioprofilaxis en la forma establecida. </p> <ul style="list-style-type: none"> - Niños reactivos a la tuberculina (Mantoux positivos), - infectados, no enfermos- en contacto con un foco bacilífero, hasta 3 meses luego de la negativización del foco como máximo 6 meses (quimioprofilaxis secundaria). - Niños con viraje tuberculínico reciente (dentro del año) y niños Mantoux positivos menores de dos años, una vez descartada tuberculosis-infectados, no enfermos-, como máximo 6 meses. (quimioprofilaxis secundaria). - Pacientes inmunodeprimidos primarios o secundarios a enfermedades anergizantes o por medicación (corticoides orales o parenterales por tiempo prolongado, antimetabólicos, etc.), hasta 3 meses luego del cese de la inmunodepresión. <p> LOCALIZAR EL FOCO: registrar nómina de convivientes permanentes o esporádicos, establecimiento educacional o guardería a las que concurra el niño. El equipo de salud que atiende a estos enfermos debe cumplir cada año con catastro tuberculínico y radiológico (los Mantoux positivos ya conocidos, sólo radiografía de tórax). Los no reactivos a la tuberculina, que no tienen vacuna BCG, deben ser vacunados. </p> <p> A nivel comunitario: </p> <ul style="list-style-type: none"> Asegurar la vacunación de los recién nacidos con BCG antes del egreso de la maternidad Informar a la población sobre los peligros de la meningitis tuberculosa y el beneficio de la inmunización. Alertar sobre coberturas insuficientes de BCG antes de los 7 días de edad. Investigar los casos para determinar causas (insuficiencia de vacunas, bajas coberturas, vacunación tardía, fallas en la cadena de frío) Vigilar el nivel de alarma para la detección de casos sospechosos y su tratamiento y notificación para la implementación de las medidas de control. Monitorear la letalidad, determinar sus causas (atención deficiente de casos, retraso en la consulta y/o diagnóstico y/o tratamiento) tomar medidas correctivas. Analizar la tendencia de la tasa de casos notificados para evaluar la eficacia de las medidas de control.
--	--

3. - ENFERMEDADES GASTROENTERICAS

- 3. 1.- Botulismo. Pág. 58.**
- 3. 2.- Cólera. Pág. 60.**
- 3. 3.- Diarreas Agudas. Pág. 62.**
- 3. 4.- Fiebre Tifoidea y Paratifoideas. Pág. 64.**
- 3. 5.- Marea Roja. Pág. 66.**
- 3. 6.- Síndrome Urémico Hemolítico. Pág. 67.**
- 3. 7.- Toxiinfección alimentaria (Brote ETA). Pág. 68.**
- 3. 8.- Triquinosis. Pág. 69.**

	3.1. - BOTULISMO CIE-10 A05.1
Justificación	Enfermedad tóxica grave que ocurre como consecuencia del consumo de ciertos alimentos. Es una enfermedad neuroparalítica potencialmente letal tratable y prevenible. La administración pronta de antitoxina reduce a menos del 10% la letalidad y la pronta identificación del vehículo (alimento) previene casos adicionales. La vigilancia es necesaria entonces para el tratamiento temprano de los casos, la detección de casos secundarios, la identificación de la fuente y la planificación de las intervenciones.
Descripción	Tres formas: Botulismo alimentario es la intoxicación grave que surge después de ingerir la toxina preformada presente en alimentos contaminados. El cuadro se caracteriza por ataque agudo y bilateral de pares craneales y parálisis simétrica de vías descendentes. Botulismo por heridas se observa el mismo cuadro clínico después de que el microorganismo causal contamina una herida en la cual surge un medio anaerobio; es un cuadro raro. Botulismo del lactante es el resultado de la ingestión de esporas, su proliferación, con la producción de toxina en el intestino. Ataca casi exclusivamente a niños menores de un año.
Agente	El botulismo alimentario es causado por las toxinas producidas por Clostridium botulinum, un bacilo anaerobio obligado, formador de esporas. Casi todos los brotes en humanos son causados por los tipos A, B y E, y en raras ocasiones por el tipo F. Muchos casos de botulismo del lactante han sido causados por los tipos A o B.
Transmisión	El botulismo alimentario se adquiere por ingestión de alimentos en que se ha formado la toxina, principalmente por falta de higiene en la elaboración, por cocción inadecuada previo o posterior al envasado o por contaminación durante su uso. Los Botulismos por heridas suelen ser consecuencia de contaminación de las lesiones con tierra o arena contaminadas o de fracturas expuestas tratadas inadecuadamente. El botulismo del lactante las fuentes posibles de esporas son múltiples e incluyen los alimentos, el polvo y la miel.
Reservorio	Las esporas están distribuidas extensamente en el suelo y a menudo se las identifica en productos agrícolas, incluida la miel.
Incubación	Los síntomas neurológicos del botulismo de origen alimentario suelen manifestarse al cabo de 12 a 36 horas, a veces varios días después de consumir el alimento contaminado. En general, mientras más breve es el período de incubación, más grave es la enfermedad y mayor la tasa de letalidad. Se desconoce el período de incubación del botulismo del lactante.
Transmisibilidad	No se han corroborado casos de transmisión secundaria de persona a persona.
Distribución	Mundial; se observan casos esporádicos, brotes en familias y de tipo general en zonas en que predomina la preparación casera de productos alimenticios, de tal forma que no destruyen las esporas y permiten la formación de toxina. Rara vez los casos son consecuencia de productos procesados comercialmente. En nuestro país los brotes predominan en la Región Cuyo y Neuquén.
Definición de caso	Caso sospechoso: Enfermedad con manifestaciones neurológicas, principalmente: ptosis, visión borrosa, diplopía y parálisis flácida descendente y simétrica. Caso confirmado: caso sospechoso con: -identificación de la toxina botulínica específica en el suero, las heces, el aspirado gástrico o el alimento sospechoso o -por cultivo de C. Botulinum de las heces del paciente o -por nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133). Del lactante: comienza con estreñimiento, inapetencia, indiferencia, ptosis, dificultad para deglutir, pérdida del control de la cabeza e hipotonía, que evoluciona hasta aparecer debilidad generalizada (el bebé "laxo") y, en algunos casos, insuficiencia y paro respiratorios. El botulismo por heridas se confirma por la presencia de toxina en el suero la presencia del microorganismo en el cultivo de material de la herida.
Modalidad de vigilancia	Notificación individualizada del sospechoso, posterior confirmación por laboratorio e inmediata comunicación a las autoridades de Salud. La notificación del caso inicia el proceso de distribución de antitoxina, tomando contacto con la Dirección de Epidemiología de la provincia la cual se contactará con el Ministerio de Salud y Acción Social.

	Se obtendrá un registro de la información a través de la planilla C2 y de la ficha específica de denuncia obligatoria.
Medidas de control	<p>Individual: ENTREGA DE ANTITOXINA: Se dispondrá en principio, la entrega de 1 frasco por paciente sospechoso. Se requerirá que se envíe el resumen de historia clínica y la ficha de denuncia obligatoria. El envío deberá realizarse refrigerado con los datos del hospital al que va dirigido.</p> <p>ADMINISTRACION DE ANTITOXINA: La antitoxina equina es recomendada para botulismo alimentario y por heridas, no para botulismo del lactante por peligro de sensibilización y anafilaxia. No se recomienda administrar si transcurrieron 7 días o más de la exposición. Antes de administrarse, deberán haberse recogido las muestras para el diagnóstico de laboratorio y se realizara un test de hipersensibilidad, y de ser necesario debe desensibilizarse al paciente de acuerdo al instructivo del envase. En el botulismo del lactante son esenciales las medidas meticulosas de apoyo.</p> <p>Ambito comunitario: El motivo es coordinar las acciones. en cuanto a iniciar la búsqueda de casos adicionales y efectuar la encuesta para identificar el alimento.</p>

	3.2. - COLERA CIE-10 A00
Justificación	Enfermedad sujeta al Reglamento Sanitario Internacional. Es totalmente evitable con buenas medidas de intervención, siendo esencial el mejoramiento de la infraestructura sanitaria y la educación para la salud. Ante un caso se debe intervenir inmediatamente para controlar brotes. Su control requiere vigilancia apropiada y notificación de todos los casos.
Descripción	Enfermedad bacteriana intestinal aguda que en su forma grave tiene comienzo repentino, diarrea acuosa y profusa, vómitos ocasionales, deshidratación rápida, acidosis, colapso circulatorio e insuficiencia renal. Son comunes los casos con diarreas y deshidratación leves.
Agente	<i>V.cholerae</i> serogrupo O1, biotipo El Tor y Clásico, serotipos Inaba, Ogawa o Hikojima y <i>V.cholerae</i> O 139 (no O1).
Transmisión	A través de la ingestión de agua o alimentos contaminados, en forma directa o indirecta, por heces o vómitos de enfermo o portador. La ocurrencia de asintomáticos adquiere importancia por su papel en la transmisión de la enfermedad. Existen portadores crónicos que eliminan <i>V.cholerae</i> de forma intermitente por largo tiempo (meses). Susceptibilidad: y resistencia: es general para niños y adultos. Aumenta la susceptibilidad la aclorhidria gástrica y el grupo sanguíneo O para el <i>Vibrio cholerae</i> El Tor.
Reservorio	Reservorio: Habitualmente es el hombre. Varios estudios han sugerido la posibilidad de reservorios ambientales.
Incubación	De horas a 5 días. La mayoría de los casos de 2 a 3 días.
Transmisibilidad	Perdura durante la eliminación de <i>V. cholerae</i> en las heces.
Distribución	La séptima pandemia se inició en 1961 en el continente Asiático, llegó a América del Sur (Perú), en enero de 1991 y se introdujo en el mes de febrero de 1992 en Argentina, a través de las provincias de Salta y Jujuy por su frontera con Bolivia. Desde entonces se sucedieron periodos de silencio con brotes epidémicos. En áreas epidémicas son mas afectados los hombres mayores de 15 años por aumentar la posibilidad de contactar con el microorganismo debido al desplazamiento laboral; en las áreas endémicas los más afectados son los más jóvenes.
Definición de caso	Caso sospechoso: en zonas sin casos de cólera: Toda diarrea brusca, acuosa y profusa con deshidratación en mayores de 5 años de edad, o toda persona con síndrome gastroenterocolítico que provenga de zona endémica o epidémica. <i>En zona epidémica o endémica:</i> cualquier diarrea aguda independiente de la edad y sexo y diarreas en convivientes con el caso. Caso confirmado: caso sospechoso más aislamiento en heces o vómitos de <i>V.cholerae</i> perteneciente a los grupos O1 u O139. Cuando se aísla <i>V.cholerae</i> no O1 es importante determinar su toxigenicidad ya que en caso afirmativo y de no ser O139, nos encontramos frente a una cepa con capacidad epidémica desconocida (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133). Caso importado: cuando existe antecedente de haber viajado 5 días antes del inicio de la diarrea, a un país epidémico o endémico.
Modalidad de vigilancia	Notificación individualizada, inmediata, con búsqueda activa. Notificación negativa en aquellas áreas que se constituyan en proveedora de casos. Información necesaria: en planilla C2: semana, edad, sexo, lugar. En fichas especiales para cólera se darán mayores especificaciones: -Lugar de notificación es el lugar de diagnóstico (internación, atención ambulatoria) -Lugar de estudio de foco: procedencia o residencia habitual -Lugar probable de infección, en caso de itinerantes para el mapeo de riesgo. En los niveles locales realizar monitoreo de casos de diarreas en adultos y niños, de acuerdo a las normas de Vigilancia de Diarreas.
Medidas de control	Ambito individual: - en caso de hospitalización respetar las medidas de bioseguridad establecidas para cualquier enfermedad entérica. - toma de muestra de materia fecal y/o vómitos para aislamiento de <i>V. cholerae</i> - entrevista con paciente investigando posibles fuentes de contagio (alimentos) - toma de muestra a contactos si corresponde por síntomas Ambito comunitario: - realizar el control de foco encuestando contactos

	<p>QUIMIOPROFILAXIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ante un caso sospechoso en área no epidémica ni endémica, esperar el cultivo positivo para realizar quimioprofilaxis a los contactos, denominándose como tal a las personas que viven bajo el mismo techo y/o que hayan compartido alimentos con un enfermo en los últimos 5 días. - ante un caso sospechoso en área epidémica o endémica, realizar la quimioprofilaxis a contactos después de la evaluación epidemiológica. <p>a los contactos: Tetraciclina en adultos, 2g por día durante 3 días (distribuidas en 4 tomas) en niños mayores de 9 años, 50mg/Kg por día Doxiciclina En adultos, una dosis única de 300mg Ampicilina En embarazadas, 2 gramos por día distribuidas en 4 tomas, 5 días. En menores de 1 año, 100 mg/kg c/6 horas durante 5 días. Trimetoprima-sulfametoxazol En niños de 6 meses a 2 años, 8/40mg/kg/día dividido en 2 tomas durante 3 días Eritromicina En niños 50 mg / Kg /día dividido en 4 tomas durante 3 días En adulto, 1 gr. / día dividido en 4 tomas durante 3 días</p> <ul style="list-style-type: none"> - provisión de sales de rehidratación oral (SRO) a la comunidad - desinfección concurrente, tratamiento con lavandina, desinfección terminal. <p>El control del movimiento de personas o del comercio no se justifica ya que no evita la introducción del cólera en un país. Este tipo de imposiciones dificulta la información e impide la colaboración bilateral.</p> <p>VACUNAS: Como medida de Salud Pública, ninguna vacuna es recomendada.</p>
En caso de Epidemias	En brotes seguir los pasos de investigación epidemiológica de brotes.

La administración de quimioprofilaxis masiva es ineficaz para contener la propagación de la epidemia.

3.3. - DIARREAS AGUDAS CIE-10 A00–A09	
Justificación	<p>Las enfermedades gastroentéricas son una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en los niños de corta edad. Se acompañan de gran repercusión económico-social. Es un problema potencial en sitios con deficiencia de la higiene personal y del saneamiento del entorno. La mayoría de los casos tienen su origen en el agua y los alimentos contaminados aunque también es importante considerar la transmisión persona a persona.</p> <p>La identificación de factores de riesgo con intervención oportuna evita la aparición de casos adicionales.</p> <p>La vigilancia desde el laboratorio con clasificación definitiva y antibiogramas permite la identificación de conglomerados de casos. Los métodos moleculares puede conducir a la identificación más exacta de las cepas "epidémicas".</p>
Descripción	<p>Operativamente cabe dividir a las enfermedades diarreicas en seis cuadros clínicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Diarrea simple, que se trata por rehidratación oral con soluciones que contengan agua, glucosa y electrolitos, y en la que su causa específica no tiene importancia para el tratamiento; 2) Diarrea sanguinolenta (disentería), causada por microorganismos como Shigella, E. coli O157:H7 y algunos otros gérmenes. 3) Diarrea persistente que dura como mínimo 14 días; 4) Diarrea profusa y acuosa, como aparece en el cólera; 5) Diarrea mínima, acompañada de vómitos, es típica de algunas gastroenteritis víricas y de enfermedades bacterianas por sus toxinas, como serían las de Staphylococcus aureus, Bacillus cereus o Cl. perfringens; 6) Colitis hemorrágica, en la que hay diarrea acuosa, que contiene sangre visible, pero sin fiebre ni leucocitos en las heces. <p>Laboratorio: En nuestro país, aproximadamente 40% de episodios de diarrea en personas que acuden a los establecimientos sanitarios podrían ser diagnosticados etiológicamente.</p> <p>Puede haber laboratorio de referencia para la clasificación definitiva. Estos que en general se ubican en niveles mas centrales, pueden hacer análisis de zonas geográficas mas amplias y detectar brotes que de otro modo seria dificultoso.</p>
Agente	Causadas por muy diversos patógenos bacterianos, víricos y parásitos intestinales
Transmisión	Ingestión de alimentos o agua contaminado Fecal-oral
Reservorio	Humanos generalmente. A veces vacas, cerdos, aves de corral, animales salvajes, bivalvos.
Incubación	De acuerdo al agente etiológico
Transmisibilidad	De acuerdo al agente etiológico
Distribución	Mundial. Susceptibilidad general, siendo mayor en niños menores de 5 años. La infección no confiere inmunidad duradera.
Definición de caso	Deposiciones aumentadas en número y cantidad con menor consistencia puede o no contar con identificación del agente etiológico por laboratorio
Modalidad de vigilancia	<p>Planilla C2, notificación numérica, semanal, por grupo de edad: menor de 5 y de 5 y más.</p> <p>Planilla L2 gastroentérica: individualizada, semanal, identifica en principio cuatro microorganismos: Shigella, Salmonella, V.cholerae y E.coli O157, por ser germen potencialmente productores de epidemias. La vigilancia debe basarse en una red de laboratorio que notifique habitualmente los datos de aislamiento a los niveles mas centrales.</p> <p>Unidades referenciales para notificación de diarreas donde cada caso deberá ser investigado por laboratorio y notificado a través de una ficha especial.</p>
Medidas de control	<p>Adecuadas medidas de higiene, calidad de agua y condiciones sanitarias</p> <p>En el individuo: Aislamiento entérico</p> <p>Si un manipulador está infectado, no se permitirá que manipule alimentos ni brinde atención a niños hasta su negativización.</p> <p>No se recomienda antibióticos con fines profilácticos.</p> <p>Eliminación sanitaria de pañales.</p> <p>En los niños con diarrea en una sala cuna, se tomarán precauciones de aislamiento entérico. Se dará de alta a los lactantes infectados en cuanto sea posible.</p> <p>En la comunidad:</p> <p>El cierre de Instituciones no es eficaz salvo en situaciones excepcionales.</p>

	<p>En la prevención de la diseminación es importante la educación de los manipuladores de alimentos en cuanto a las prácticas adecuadas de cocción y almacenamiento de los alimentos y a la higiene personal.</p> <p>Buscar intensivamente el vehículo específico (alimentos o agua) involucrado en la transmisión; analizar la posibilidad de transmisión de persona a persona</p> <p>Educación orientada a la importancia de lavarse las manos, eliminación sanitaria adecuada de heces y basura, proteger, purificar y clorar los abastecimientos públicos de agua.</p> <p>Combatir vectores, posibles diseminadores de infecciones</p> <p>Medidas extremas de higiene en la preparación y manipulación de los alimentos, pasteurizar o hervir la leche.</p> <p>En rotavirus: Esta en estudio la vacuna de rotavirus vivos atenuados oral.</p>
<p>En caso de Brote</p>	<p>En brotes seguir los pasos de investigación epidemiológica de brotes.</p> <p>Tomar muestra de materia fecal para coprocultivo antes de administrar antibióticos</p> <p>Tomar muestras de vehículos sospechosos (alimentos y/o agua). Guardar en frascos separados.</p> <p>Busqueda activa de posibles afectados</p> <p>Contactar con los responsables de realizar monitoreo del medio ambiente, vigilancia de la calidad del agua de abastecimiento publico, vigilancia de la calidad de los alimentos, servicios de control sanitarios de fronteras u áreas espejos en países limítrofes. emprender estudios epidemiológicos para identificar los factores comunes que intervinieron en la infección.</p> <p>Realizar un informe de la investigación efectuada, sintetizando resultados de laboratorio, observaciones y recomendaciones para la toma de decisiones.</p> <p>Medidas generales de saneamiento, eliminación de excretas, desinfección y educación para un manejo higiénico de manos. Proporcionar medios seguros y apropiados para la eliminación de las aguas residuales, abastecimiento de agua más un control adecuado de alimentos que se consumen crudos</p>

	3.4. - FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA CIE-10 A01.1–A01
Justificación	Morbilidad en sitios con deficiencia de la higiene personal y del saneamiento del entorno. La identificación de factores de riesgo con intervención oportuna evita la aparición de casos adicionales. Importante considerar su aparición en caso de desastres.
Descripción	Enfermedades bacterianas sistémicas que se caracterizan por comienzo insidioso con fiebre continua, cefalalgia intensa, malestar general, anorexia, bradicardia relativa, esplenomegalia, manchas rosadas en el tronco en 25% de los enfermos de raza blanca, tos no productiva en los comienzos de la evolución y estreñimiento más comúnmente que diarrea (en los adultos). La tasa de letalidad está entre el 1 y el 10% dependiendo de la rapidez diagnóstica y tratamiento. Se presentan muchas infecciones leves y atípicas. Especialmente en las zonas endémicas, se presentan cuadros leves y asintomáticos. La fiebre paratifoidea presenta un cuadro clínico inicial semejante, aunque menos intenso, y la tasa de letalidad es mucho menor. La razón entre los casos por <i>Salmonella typhi</i> y los causados por <i>S. paratyphi</i> es de 10:1.
Agente	Para la fiebre tifoidea, <i>Salmonella typhi</i> , bacteria gram negativa de la familia Enterobacteriaceae. Se pueden diferenciar 107 variedades por la tipificación de fagos, lo que es útil para los estudios epidemiológicos. En lo que corresponde a la fiebre paratifoidea, se reconocen tres bioserotipos de <i>S. Enteritidis</i> : paratyphi A; B (<i>S. schottmülleri</i>) y C (<i>S. Hirschfeldii</i>). Se han diferenciado diversas variedades de fagos.
Transmisión	Por el agua y los alimentos contaminados con heces u orina de un enfermo o un portador.
Reservorio	Los humanos, para la fiebre tifoidea o paratifoidea, y en raras ocasiones los animales domésticos en lo que respecta a la fiebre paratifoidea. Existen portadores transitorios o permanentes. El estado de portador puede surgir después de la enfermedad aguda o de infección leve o subclínica.
Incubación	De tres días a tres meses, por lo regular con límites de una a tres semanas. En el caso de la gastroenteritis paratifoidea, de 1 a 10 días
Transmisibilidad	Mientras persistan los bacilos en las heces. Del 2 a 5% serán portadores permanentes. Susceptibilidad y resistencia: La susceptibilidad es general; es mayor en las personas con aclorhidria gástrica o en los sujetos infectados por el VIH. La inmunidad específica no es adecuada para proteger contra la nueva ingestión de un número importante de microorganismos. En las zonas endémicas, la fiebre tifoidea es más común en los preescolares y escolares (5 a 19 años de edad).
Distribución	Mundial. Se calcula que la incidencia anual de fiebre tifoidea en el mundo es de unos 17 millones de casos, con alrededor de 600 000 defunciones. En nuestro país se notifican entre 200 y 300 casos anuales, predominantemente en el norte del país. No se supervisa la calidad diagnóstica. La fiebre paratifoidea se presenta esporádicamente o en brotes limitados, tal vez con mayor frecuencia de lo que sugieren las notificaciones.
Definición de caso	Caso sospechoso: enfermedad clínicamente compatible. Caso Confirmado es el caso sospechoso con aislamiento del agente etiológico de la sangre al comienzo de la enfermedad y de la orina y las heces después de la primera semana. Se prefieren las muestras de heces recién expulsadas a las obtenidas por medio del hisopado rectal; por lo menos una de las tres muestras consecutivas debe obtenerse después de ingerir un purgante. El cultivo de médula ósea permite el aislamiento del germen causal en 90 a 95% de los casos, incluso en los pacientes que ya han recibido antibióticos. En aquellos casos donde el aislamiento del agente causal fracasa, la detección del antígeno somático O y del antígeno H puede confirmar el diagnóstico clínico e inducir la conducta terapéutica adecuada La presencia de títulos altos de anticuerpos contra el polisacárido Vi purificado sugiere fuertemente el estado de portador tifoídico. La aplicación de técnicas de subtipificación en los microorganismos aislados de pacientes y portadores permite establecer la cadena de transmisión.
Modalidad de vigilancia	Notificación numérica, por Planilla C2, semanal. La portación asintomática no debe ser notificada como caso.
Medidas de control	En el ámbito individual y comunitario las medidas generales de enfermedades gastroentéricas diarreicas

Medidas en caso de brotes	<p>En fichas específicas para investigación de brotes: La detección y la notificación de los brotes es especialmente importante en estos casos.</p> <p>Repercusiones en caso de desastre: considerar la vacunación específica (ver normas nacionales de vacunación 97/98)</p> <p>con la interrupción del servicio acostumbrado de abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas, así como del control sanitario de alimentos y agua, cabe esperar la transmisión de la fiebre tifoidea si existen casos activos o portadores en la población desplazada. Son recomendables los esfuerzos para restablecer el abastecimiento inocuo de agua y los medios para eliminar la excreta.</p>
----------------------------------	--

	3.5. - MAREA ROJA (Intoxicación Paralítica Por Crustáceos) IPC CIE-10 T61.2
Justificación	Esta enfermedad es sumamente grave con alta letalidad
Descripción	Es un síndrome con manifestaciones neurológicas, que comienza en término de minutos a horas después del consumo de moluscos bivalvos.
Agente	El trastorno es causado por la presencia de neurotoxinas
Transmisión	A través de la ingestión de moluscos bivalvos contaminados
Reservorio	Moluscos y caracoles
Incubación	De unos minutos a 1 hora.
Transmisibilidad	No es transmisible
Distribución	Solo en áreas contaminadas por Marea Roja
Definición de caso	Caso sospechoso: Parestesia de boca y extremidades y síntomas gastrointestinales con antecedentes de ingestión de crustáceos y mariscos en época de veda. Caso confirmado: Detección de la toxina en el contenido gastrointestinal y/o en los alimentos identificados epidemiológicamente.
Modalidad de vigilancia	Actividad de Vigilancia: Información inmediata a la autoridad sanitaria local. Notificación individualizada por C2. Actuar como brote alimentario a través de la búsqueda activa de posibles consumidores del mismo alimento

3.6. - SINDROME UREMICO HEMOLITICO (SUH) CIE 10 A04.3	
Justificación	En Argentina se producen alrededor de 250 casos anuales. La tasa de incidencia es de 7,8 por 100.000 en menores de 5 años. La mayoría de los casos de SUH se recuperan pero un 30% puede tener secuelas con nefropatías persistentes. La tasa de letalidad es del 2%. El desconocimiento de la etiología de los casos de SUH obliga a realizar una notificación de los casos internados para realizar una investigación sobre cada uno de ellos y su entorno familiar.
Descripción	Afecta principalmente a niños entre el 2º semestre de vida a 3 años, en los meses cálidos (verano y otoño) La enfermedad comienza con diarrea que se convierte en hemorrágica al 2º o 3º día. En general se resuelve al cabo de una semana; la mitad de los enfermos presentan vómitos. Del 5 al 10% de los niños afectados evolucionan a SUH. El SUH es una entidad clínica y anatomopatológica caracterizada por insuficiencia renal aguda, trombocitopenia, anemia hemolítica pudiendo afectar otros parenquimas (corazón, pancreas, SNC, etc). El SUH puede presentarse con diarrea previa o sin ella.
Agente	La Escherichia coli O157:H7, otros E. coli productores de toxina Shiga y Shigella dysenteriae tipo I pueden causar el Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) post-enterico y la púrpura trombocitopénica trombótica
Transmisión	Con mayor frecuencia carne de res mal cocida (en especial la molida), y también leche cruda. También se produce transmisión directa de una persona a otra (fecal-oral) en familias, centros de atención infantil e instituciones de custodia o asilos, como ocurre con Shigella. Se transmite además por el agua (natatorios). La dosis infectiva es baja.
Reservorio	Intestino del hombre y los animales
Incubación	De tres a ocho días, con una mediana de tres a cuatro días.
Transmisibilidad	Variable
Distribución	En nuestro país aun se desconoce
Definición de caso	Caso sospechoso: enfermedad aguda en un niño entre 6 meses y 3 años de edad caracterizada por insuficiencia renal aguda, trombocitopenia, anemia hemolítica pudiendo afectar otros parenquimas (corazón, pancreas, SNC, etc). El SUH puede presentarse con diarrea previa o sin ella y la diarrea hemorrágica puede ser o no evidente.
Modalidad de vigilancia	Notificación desde Centros Centinelas y Hospitales, Individualizada al SI.NA.VE. y/o INEI, ANLIS, Malbran
Medidas de control	Identificación del alimento asociado, revisión de los procesos de cocción y manipulación. Tratamiento adecuado del agua.

	3.7. - TOXIINFECCION ALIMENTARIA. BROTE ETA
Justificación	La inmediata búsqueda e investigación brotes, evitan la propagación de la enfermedad. La identificación de los alimentos involucrados es fundamental para la prevención de este grupo de enfermedades.
Descripción	Los brotes de enfermedades de origen alimentario se identifican por la aparición del cuadro clásico en un lapso en general breve (horas a días), entre personas que han comido los mismos alimentos (incluye agua). Es esencial la búsqueda de los posibles implicados, de los alimentos, del vehículo y del agente etiológico en personas y alimentos. Es difícil identificar los casos aislados de enfermedad de origen alimentario, a menos que, como ocurre en el botulismo, exista un síndrome clínico característico.
Agente	Diversos
Transmisión	A través del agua y alimentos.
Reservorio	Diversos
Incubación	Variable según tipo de agente
Transmisibilidad	Idem
Distribución	Idem
Definición de caso	Sospechoso: aparición de un mismo cuadro gastroentérico y/o neurológico en un lapso en general breve (horas a días), en dos o mas personas que han compartido el mismo alimento (incluye agua). Confirmado: Se obtendrán muestras de heces y vómitos para examen de laboratorio y muestras de alimentos involucrados para su examen. Se confirma si existe coincidencia de resultados de laboratorio clínico y laboratorio de alimento involucrado. También puede confirmarse a través de la investigación epidemiológica de campo (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133).
Modalidad de vigilancia	Notificación de Brote por software específico y numérica por C2 Se sugiere recurrir a la Guía de Procedimientos de Investigación de Brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos del Instituto Nacional de Epidemiología Juan Jara. TE: 0223 – 4732100 / 4744123
Medidas de control	Dependerán del agente etiológico y los aspectos de manipulación de los alimentos Se deberá solicitar la lista completa de los alimentos servidos Los signos clínicos más notables, junto con un cálculo del período de incubación, constituyen datos útiles acerca del agente etiológico más probable. Se compararán las tasas de ataque para cada alimento ingerido y no ingerido; estas tasas orientaran sobre la responsabilidad de cada alimento en la producción del brote.

	3.8. - TRIQUINOSIS CIE-10 B75 (Triquiniasis, triquinelosis)
Justificación	La enfermedad está asociada a las prácticas clandestinas de faenas de animales. El riesgo de enfermar está determinado por el incumplimiento de los reglamentos existentes lo que posibilita que el animal se infecte y que la carne llegue en esas condiciones a la población.
Descripción	La enfermedad clínica en el hombre es muy variable y puede fluctuar desde una infección asintomática hasta una enfermedad fulminante y mortal, según el número de larvas ingeridas y de las prácticas de ingestión y preparación de carnes. Las larvas (triquinas) emigran a los músculos y quedan encapsuladas en ellos. un signo temprano común es la aparición repentina de algias y dolores musculares, con edema de los párpados superiores, seguido a veces de hemorragias subconjuntivales y retinianas, dolor y fotofobia. Después aparecen sed, transpiración profusa, escalofríos, postración y eosinofilia de incremento rápido. Antes de las manifestaciones oculares pueden aparecer síntomas gastrointestinales, como diarrea, debidos a la actividad intraintestinal de los vermes adultos. La fiebre es remitente a veces llega a 40 °C. Entre la tercera y la sexta semana pueden aparecer complicaciones cardíacas y neurológicas; en los casos más graves, la muerte puede sobrevenir por insuficiencia cardíaca
Agente	<i>Trichinella spiralis</i> , un nematodo intestinal.
Transmisión	Por ingestión de carne cruda o mal cocida de animales, que contiene larvas enquistadas viables, (especialmente cerdo, productos porcinos y "productos de res", como las hamburguesas alteradas en forma intencional o inadvertida con carne cruda de cerdo. En el epitelio de la mucosa del intestino delgado, las larvas se transforman en vermes adultos. La hembra grávida expulsa larvas que penetran en los vasos linfáticos o las venillas y se diseminan por la corriente sanguínea a todo el cuerpo. Después las larvas se encapsulan en los músculos estriados.
Reservorio	Cerdos, perros, gatos, caballos, ratas y muchos animales salvajes, que incluyen zorros, lobos, osos, osos polares, jabalíes y mamíferos marinos del Ártico, así como hienas, chacales, leones y leopardos en los trópicos.
Incubación	Los síntomas sistémicos por lo común aparecen de 8 a 15 días después de la ingestión de la carne infectada; varía de 5 a 45 días, según el número de parásitos infectantes. Los síntomas gastrointestinales pueden surgir en el término de pocos días.
Transmisibilidad	Los huéspedes animales permanecen infectantes durante meses, salvo que se cocine, se congele o sea radiada para destruir las larvas. Susceptibilidad y resistencia: La susceptibilidad es universal. La infección confiere inmunidad parcial.
Distribución	Mundial, pero la incidencia es variable y depende de las prácticas relacionadas con la ingestión y preparación de la carne de cerdo o de animales salvajes, y de la medida en que se identifica y notifica la enfermedad. Los casos suelen ser esporádicos y los brotes localizados.
Definición de caso	Caso sospechoso: paciente clínicamente compatible Caso Confirmado: es un caso sospechoso con eosinofilia intensa, serología positiva y elevación de aldolasa y CPK La biopsia de músculo estriado 10 días después de la infección (más positiva después de 4 a 5 semanas de la infección) con frecuencia demuestra la presencia del quiste parásito no calcificado.
Modalidad de vigilancia	Por planilla C2, numérica, semanal y por Ficha específica para investigación de brotes.
Medidas de control	La principal medida de prevención es la adecuada higiene en la crianza de animales y el control sanitario del faenamiento para decomisar carnes contaminadas (en cumplimiento de leyes de faenamiento). Ámbito Individual: educación sobre manipulación, cocimiento y preparación adecuada y correcta de carnes, en especial cerdo y derivados. Investigación de contactos y fuentes de infección. Confiscación de sobrantes de alimentos sospechosos. Eliminar piaras de cerdos infectados.

4. - HEPATITIS

- 4. 1.- Hepatitis Vírica "A". Pág. 71.**
- 4. 2.- Hepatitis Vírica "B". Pág. 73.**
- 4. 3.- Hepatitis Vírica "C". Pág. 75.**
- 4. 4.- Hepatitis Delta. Pág. 76.**
- 4. 5.- Hepatitis Vírica "E". Pág. 77.**

	4.1. - HEPATITIS VÍRICA A CIE-10 B15 (Hepatitis infecciosa, hepatitis epidémica, ictericia epidémica, ictericia catarral, hepatitis de tipo A, HA)
Justificación	Como cualquier enfermedad gastroentérica, es un problema potencial en sitios con deficiencia de la higiene personal y del saneamiento del entorno. La mayoría de los casos tienen su origen en el agua y los alimentos contaminados aunque también es importante considerar la transmisión persona a persona. La identificación de factores de riesgo con intervención oportuna, evita la aparición de casos adicionales.
Descripción	El comienzo de la enfermedad por lo general es repentino e incluye fiebre, malestar general, anorexia, náusea y molestias abdominales, seguidas en pocos días de coloración amarillenta de la piel y mucosas (ictericia). En la mayoría de los niños, la infección pasa inadvertida con pocos o ningún síntoma (formas anictéricas 80-90%); en los adultos esta proporción desciende al 25%. La duración de la enfermedad varía desde una a dos semanas, hasta varios meses. Lo común es que haya restablecimiento completo sin secuelas ni recurrencias. No se conoce forma crónica de la enfermedad. En uno de cada 1000 casos notificados puede darse una enfermedad grave, la hepatitis fulminante. Para el país, la tasa de letalidad en niños menores de 14 años es baja (menos de una defunción por 1000 casos), pero se han señalado cifras mayores en niños menores de 5 años de edad (1,5 por 1000 casos), y en personas mayores de 50 años de edad (27 por 1000 casos). La inmunidad después de la infección posiblemente dure toda la vida. No se dispone de tratamiento específico.
Agente	El virus de la hepatitis A (VHA) es un virus ARN que se ha clasificado como hepatovirus, miembro de la familia Picornaviridae.
Transmisión	Ver enfermedades gastroentéricas transmitidas por alimentos.
Reservorio	Los humanos y, en raras ocasiones, otros primates.
Incubación	De 15 a 50 días, dependiendo del inóculo; el promedio es de 28 a 30 días.
Transmisibilidad	La infectividad máxima ocurre durante la segunda mitad del período de incubación y continúa algunos días después del inicio de la ictericia o durante la actividad máxima de la transaminasa en los casos anictéricos. Probablemente la mayor parte de los casos no sean infecciosos después de la primera semana de la ictericia, si bien se ha registrado la excreción duradera del virus (incluso por seis meses) en lactantes prematuros.
Distribución	Mundial. Se presenta en forma esporádica y epidémica. Tiene tendencia a las recurrencias cíclicas. En los países en desarrollo, los adultos suelen ser inmunes, y las epidemias de hepatitis A afectan a niños y predominan en otoño e invierno. En los lugares donde el saneamiento es deficiente, la infección es común y aparece a edad más temprana. Las epidemias a menudo evolucionan lentamente, abarcan grandes zonas geográficas. Las epidemias originadas de una fuente común pueden evolucionar de manera explosiva. En alrededor de 25% de los brotes, no se identifica la fuente de infección.
Definición de caso	Caso probable: es aquel caso compatible clínica y epidemiológicamente con la descripción de la enfermedad. Caso confirmado: Caso probable confirmado por laboratorio: presencia de anticuerpos IgM contra el virus de la hepatitis A (IgM anti-VHA) en el suero de los pacientes agudos o convalecientes, o bien, asociación epidemiológica con un caso confirmado (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133). Los anticuerpos IgM anti-VHA pueden seguirse detectando durante cuatro a seis meses después del comienzo de la enfermedad. Los anticuerpos se detectan por enzimoinmunoensayo (EIA).
Modalidad de vigilancia	Notificación individualizada, semanal por C2, con confirmación por laboratorio.
Medidas de control	De nivel individual: Control del paciente y de los contactos: tomar precauciones entéricas. Desinfección concurrente: eliminación sanitaria de las heces, la orina y la sangre. Inmunización pasiva: Gammaglobulina a 0,02 ml/kg de peso administrada por vía intramuscular dentro de las 72 horas siguientes a la exposición. La inmunoglobulina no está indicada para los contactos, situación común que prima en hogares, oficina, escuela o fábricas. Inmunización activa. Vacuna. Se puede utilizar con indicaciones personalizadas a partir del año de vida en individuos susceptibles. (Ver Normas Nacionales de Vacunación).

	<p>Buen saneamiento e higiene personal, con atención especial al lavado meticuloso de las manos y a la eliminación sanitaria de las heces.</p> <p>Control del ambiente inmediato: se recomienda el escrupuloso lavado con agua lavandina al 1% de locales, sanitarios, vajillas, prendas, ropa interior o todo aquel ambiente o material que eventualmente pudiera estar en contacto con la materia fecal.</p> <p>Investigación de la probable fuente de infección para su eliminación.</p> <p>De nivel comunitario</p> <p>Tratar apropiadamente el agua, y contar con sistemas adecuados de distribución y de eliminación de aguas servidas</p> <p>Educación sanitaria con relación a higiene personal, manipulación de alimentos y disposición final de las excretas.</p>
<p>En caso de brote o epidemia</p>	<p>Identificar el modo de transmisión por investigación epidemiológica, es decir, si fue de persona a persona o por un vehículo común, y detectar a la población expuesta a un mayor riesgo de infección. Eliminar cualquier fuente común de infección.</p> <p>En la industria alimentaria se aconseja la identificación del personal susceptible (anti-VHA negativo) y su posterior vacunación.</p> <p>Jardines maternos y salas de internación pediátrica: si en un centro se presentan uno o más casos de hepatitis A o si se identifican casos en el hogar de dos o más niños atendidos en la institución, se debe considerar la práctica de precauciones entéricas por largo tiempo.</p> <p>Se harán esfuerzos especiales para mejorar las prácticas de saneamiento e higiene, y para eliminar la contaminación fecal de los alimentos y el agua, tanto en colegios como en instituciones cerradas, industria de alimentación y manipuladores de alimentos.</p> <p>Repercusiones en caso de desastre: es un problema potencial cuando grandes números de personas están en condiciones de aglomeración, saneamiento inadecuado y deficiencia de los abastecimientos de agua. Habrá que extremar las medidas sanitarias y la seguridad de los abastecimientos de agua: indicar no beber agua del lugar salvo que esté clorada o proveer agua potable en envases individuales; en caso de provisión de agua por cisternas fijas o móviles, proceder a la cloración en el lugar de su uso; controlar la eliminación sanitaria del agua utilizada. En el caso que se recolecte también proceder a su tratamiento.</p> <p>Individual.</p>

	4.2. - HEPATITIS VÍRICA B CIE-10 B16 (Hepatitis de tipo B, hepatitis por suero, ictericia por suero homólogo, hepatitis por antígeno de Australia, HB)
Justificación	Es una enfermedad grave que es prevenible por inmunización. La misma es más efectiva a partir del nacimiento. La infección perinatal en un 85-90% ocasiona antigenemia crónica, que evoluciona a la hepatitis crónica, cirrosis o carcinoma hepatocelular. Esta evolución a la cronicidad disminuye con la edad hasta 10-20% en los adultos. Se estima en 15-25%, las personas con hepatitis B crónica, que fallecen prematuramente por cirrosis o carcinoma hepatocelular.
Descripción	Enfermedad con un comienzo insidioso, con anorexia, molestias abdominales vagas, náusea y vómito, a veces artralgia y erupciones, que puede culminar en ictericia. La fiebre puede ser leve o no presentarse. La gravedad va desde las formas no manifiestas que se detectan sólo mediante pruebas de la función hepática, hasta casos fulminantes y mortales de necrosis hepática aguda. La infección crónica por VHB se presenta en 0,1 a 10% de las personas. En la Argentina el 0,5% de los adultos. Los individuos con infección crónica pueden o no tener el antecedente de hepatitis clínica.
Agente	Es un hepadnavirus, virus ADN, compuesto de una nucleocápsida central (HbcAg) rodeada por una cubierta de lipoproteínas externas que contiene el antígeno superficial (HbsAg).
Transmisión	La transmisión se produce por: Contacto sexual Vía perinatal (vertical) Exposición percutánea (intravenosa, intramuscular, subcutánea o intradérmica) o a través de las mucosas a los líquidos corporales infectantes: transfusión de sangre o sus derivados, uso compartido de agujas durante la inyección de drogas intravenosas, hemodiálisis, acupuntura, tatuajes y pinchazos de aguja u otras lesiones por instrumentos cortantes sufridas por personal hospitalario.
Reservorio	Los humanos. No se ha identificado un reservorio animal en la naturaleza.
Incubación	Por lo general es de 45 a 180 días (promedio de 60 a 90 días). La variación depende en parte de la cantidad de virus en el inóculo y del modo de transmisión, así como de factores del huésped.
Transmisibilidad	Todas las personas con positividad al antígeno de superficie del virus de hepatitis B son potencialmente infectantes. En el paciente, el período de transmisibilidad empieza muchas semanas antes de que comiencen los primeros síntomas, y sigue durante todo el curso clínico de la enfermedad. Después de una infección aguda por VHB, el peligro de que surja infección crónica es inversamente proporcional a la edad. La infección crónica por VHB también es común en sujetos con inmunodeficiencia.
Distribución	Mundial, endémica, con pocas variaciones estacionales. Algunos grupos de personas tienen un alto riesgo: las que se inyectan drogas, las que tienen relaciones hétero u homosexuales con múltiples contactos, los hombres homosexuales, los pacientes y el personal de instituciones para discapacitados mentales, los pacientes y empleados de centros de hemodiálisis, personal de atención de la salud y de seguridad pública.
Definición de caso	Caso sospechoso: es aquel caso compatible clínica y epidemiológicamente con la descripción de la enfermedad. Caso confirmado: caso probable confirmado por laboratorio: en la forma aguda presencia de anti-HBs y anti-HbcIgM, en la forma crónica presencia de HBsAg y ausencia de anti-HbcIgM (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133).
Modalidad de vigilancia	Notificación individualizada por C2, semanal, con confirmación por Laboratorio
Medidas de control	De nivel individual: Observar las precauciones universales para evitar exposición a sangre y líquidos corporales. Desinfección concurrente del equipo contaminado con sangre o líquidos corporales infectantes (Ver Normas de Bioseguridad para Uso de Establecimientos de Salud/ Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus y SIDA Resolución Secretarial N° 228/93). INMUNIZACIÓN DE LOS CONTACTOS: Los niños que nacen de madres HBsAg positivas deben recibir una dosis de inmunoglobulina contra la hepatitis B (IGHB) 0,5 ml por vía intramuscular y la vacuna en las primeras 12 horas del nacimiento. En sujetos que no hayan sido inmunizados y que han experimentado un

	<p>accidente con exposición a sangre de una fuente con positividad del antígeno de superficie, debe administrarse lo antes posible, en el término de 24 horas después de la exposición al pinchazo de aguja, una sola dosis de IGHB (0,06 ml por Kg de peso o 5 ml para adultos) y habrá que comenzar en forma simultánea, la serie de la vacuna contra la hepatitis B.</p> <p>CONTACTOS FAMILIARES DE PERSONA CON INFECCIÓN AGUDA POR VHB: Lactantes expuestos (menores de 12 meses): deben recibir IGHB y ser vacunados cuando se diagnostica infección aguda por VHB en la madre del niño, su padre o en su cuidador principal Niños de 12 meses o mayores expuestos: se aconseja comenzar el esquema de inmunización contra VHB tan pronto como se haya diagnosticado el caso. En el caso de sujetos inmunizados y expuestos a una fuente con positividad del antígeno superficial de HVB, se deben considerar cada caso en particular Después de la exposición sexual a una persona con infección aguda por VHB, se recomienda administrar una sola dosis de IGHB (0,06 ml/kg), si es posible en término de 14 días del último contacto sexual. Deberá administrarse la vacuna a todas las personas que hayan tenido contacto sexual con casos agudos de infección por virus de hepatitis B o con portadores de dicho virus.</p> <p>De nivel comunitario Educación para la Salud: educación sexual, precauciones universales Inmunización en forma sistemática de todos los lactantes hijos de madre positiva <i>En Argentina es obligatoria su vacunación por Ley 24.151/92</i> Inmunización de las personas expuestas a alto riesgo (ver normas nacionales de vacunación 97/98) Mantener bajo vigilancia a todos los casos de hepatitis postransfusional y notificar a los bancos de sangre para identificar a los dadores involucrados.</p>
En caso de epidemias	<p>Cuando surgen dos o más casos relacionados con una fuente común de contagio, deberá buscarse otros casos más. Se emprenderán medidas estrictas de asepsia. Si algún derivado de la sangre, como el factor antihemofílico, plasma de diversos donadores o trombina intervienen en el problema, se retirará ese lote y se localizará a todos los enfermos que recibieron productos del mismo, en busca de casos adicionales.</p>

	4.3. - HEPATITIS VÍRICA C CIE-10 B17.1 (Hepatitis no-A, no-B transmitida por vía parenteral; hepatitis no-B relacionada con transfusiones; hepatitis no-A, no-B postransfusional; infección por VHC)
Justificación	La aplicación de buenas prácticas clínicas y de laboratorio disminuye la incidencia de la hepatitis C. De las personas con la forma crónica de la hepatitis C, de 30 a 60% pueden presentar hepatitis crónica activa y de 5 a 20% pueden llegar a tener cirrosis. Además existe una relación entre la infección por VHC y el carcinoma hepatocelular.
Descripción	Descripción El comienzo de la enfermedad aguda suele ser insidioso, con anorexia, molestias abdominales vagas, náusea y vómito, que evolucionan a la ictericia con menor frecuencia que en la hepatitis B. La gravedad oscila desde casos sin manifestaciones clínicas (90% de las infecciones) hasta casos fulminantes y mortales (menos de 0,5%). Por lo regular es menos grave en la etapa aguda, aunque son frecuentes la evolución a hepatopatía crónica (60 a 85%). La infección crónica suele ser asintomática con oscilaciones o elevación persistente de los niveles de transaminasas.
Agente	El virus de la hepatitis C pertenece a la familia Flaviviridae. Se han identificado diversos genotipos del virus en todo el mundo; es discutida la importancia clínica y epidemiológica de esta variación del genotipo.
Transmisión	La transmisión se produce por exposición percutánea a sangre y hemoderivados contaminados. La eficiencia de la transmisión por contacto sexual o personal es baja, y la transmisión vertical es infrecuente y se ve incrementada en la coinfección con HIV de la gestante. En más de 40% de los casos no se ha identificado el o los factores de riesgo.
Reservorio	Los humanos.
Incubación	Oscila de 2 semanas a 6 meses, pero por lo común es de 6 a 9 semanas.
Transmisibilidad	Desde una a varias semanas antes de comenzar los primeros síntomas; puede persistir en casi todas las personas por tiempo indefinido.
Distribución	Mundial.
Definición de caso	Caso sospechoso: caso compatible clínica y epidemiológicamente con la descripción de la enfermedad. Caso confirmado: caso sospechoso con confirmación de laboratorio: presencia de anticuerpo en suero, contra el virus de la hepatitis C (anti-VHC) por medio de técnicas de alta sensibilidad (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133).
Modalidad de vigilancia	Notificación individualizada por C2, semanal, con confirmación por Laboratorio
Métodos de control	De nivel individual: Precauciones universales para evitar exposición a sangre y líquidos corporales. Desinfección concurrente: del equipo contaminado con sangre o líquidos corporales (Ver Normas de Bioseguridad para Uso de Establecimientos de Salud/ Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus y SIDA Resolución Secretarial N° 228/93). De nivel comunitario Educación para la Salud: educación sexual, precauciones universales Utilización de equipo descartable (jeringas, agujas, estiletes para la punción de dedos). Búsqueda de anticuerpos contra el VHC por medio de pruebas sensibles en todos los donadores de sangre, órganos, tejidos y semen. Mantener bajo vigilancia a todos los casos de hepatitis postransfusional y notificar a los bancos de sangre para identificar a los donadores involucrados. No se ha definido la utilidad de la inmunoglobulina con fines profilácticos
En caso de epidemias	Cuando surgen dos o más casos relacionados con una fuente común de contagio, deberá buscarse otros casos más. Se emprenderán medidas estrictas de asepsia. Si algún derivado de la sangre, como el factor antihemofílico, plasma de diversos donadores o trombina intervienen en el problema, se retirará ese lote y se localizará a todos los enfermos que recibieron productos del mismo, en busca de casos adicionales.

	4.4. - HEPATITIS DELTA CIE-10 B17.0 (Hepatitis vírica D, hepatitis por virus delta, hepatitis, hepatitis por agente delta, hepatitis asociada con el agente delta).
Justificación	El virus de la hepatitis delta (VHD) coinfecta o sobreinfecta con el virus de la hepatitis B (VHB). En la Argentina, menos de 10% de los casos de hepatitis fulminante muestran relación con el VHD.
Descripción	El comienzo suele ser repentino, con signos y síntomas que se asemejan a los de la hepatitis B; la hepatitis puede ser intensa y siempre coexiste con una infección por el virus de la hepatitis B. La hepatitis delta puede ser de curso limitado o evolucionar hasta volverse crónica. La enfermedad fulminante se observa en el caso de sobreinfecciones y no de coinfecciones con VHB.
Agente	VHD es una partícula viroide que consiste en una capa de HBsAg y de un antígeno interno único, el antígeno delta. El VHD no puede infectar a la célula por sí mismo, y necesita coinfección con VHB para llevar a cabo un ciclo de replicación completo.
Transmisión	Es semejante al del virus de la hepatitis B: exposición a sangre y líquidos corporales, agujas, jeringas y hemoderivados contaminados, como el factor antihemofílico; también por transmisión sexual y vertical.
Reservorio	Los humanos.
Incubación	Aproximadamente de 2 a 8 semanas.
Transmisibilidad	La sangre es infectante durante todas las fases de replicación del virus delta de la hepatitis.
Distribución	Mundial, pero su prevalencia varía ampliamente. Se presenta en forma epidémica o endémica en grupos de población que muestran gran riesgo de adquirir la infección por el VHB. Se halla en conglomerados urbanos, especialmente entre los drogadictos.
Definición de caso	Caso sospechoso: caso compatible clínica y epidemiológicamente con la descripción de la enfermedad. Caso confirmado: caso probable confirmado por laboratorio: detección de anticuerpo contra VHD (anti-VHD) por EIA. Se dispone de otros métodos para detectar IgM anti-VHD, antígeno delta y ARN vírico solamente en laboratorios de investigación (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133).
Modalidad de vigilancia	Notificación semanal por C2 individualizada, con clasificación a través del laboratorio.
Medidas de control	De nivel individual: Normas de vil seguridad y precauciones universales. Desinfección concurrente del equipo contaminado con sangre o líquidos corporales infectantes. La IGHB, la inmunoglobulina y la vacuna contra la hepatitis B no protegen a los portadores del VHB de la infección por VHD. De nivel comunitario: Educación para la Salud: educación sexual, precauciones universales. Búsqueda de Anticuerpos VHD por medio de pruebas sensibles en todos los dadores de sangre, órganos, tejidos y semen. Mantener bajo vigilancia a todos los casos de hepatitis postransfusional y notificar a los bancos de sangre para identificar a los dadores involucrados.
Medidas en caso de epidemias	Cuando surgen dos o más casos relacionados con una fuente común de contagio, deberá buscarse otros casos más. Se emprenderán medidas estrictas de asepsia. Si algún derivado de la sangre, como el factor antihemofílico, plasma de diversos donadores o trombina intervienen en el problema, se retirará ese lote y se localizará a todos los enfermos que recibieron productos del mismo, en busca de casos adicionales.

	4.5. - HEPATITIS VÍRICA E CIE-10 B17.2 (Hepatitis no-A, no-B, de transmisión entérica; hepatitis no-A, no-B epidémica; hepatitis no-A, no-B fecal-oral).
Justificación	Se debe estimular la notificación de casos agudos de esta enfermedad confirmados por laboratorio, ya que se ha detectado la presencia de portadores de Anticuerpos en el 2% de los dadores de sangre sin que haya notificaciones de casos agudos en el país. La tasa de letalidad de la hepatitis E es semejante a la de la hepatitis A, excepto en las embarazadas, en las que dicha tasa puede llegar a 20% cuando la infección se produce en el tercer trimestre del embarazo.
Descripción	El curso clínico es semejante al de la hepatitis A: comienzo repentino, fiebre, malestar general, anorexia, náusea y molestias abdominales, ictericia.. No hay pruebas de que exista una forma crónica. Se han descrito casos epidémicos y esporádicos.
Agente	Es un pequeño virus, estructuralmente semejante a los calicivirus.
Transmisión	Se transmite por medio del agua contaminada y probablemente de una persona a otra por vía fecal-oral, aunque durante los brotes los casos secundarios de transmisión entre contactos en el hogar no son comunes.
Reservorio	Se desconoce.
Incubación	De 15 a 64 días; la media del período de incubación ha variado entre 26 y 42 días en diferentes epidemias.
Transmisibilidad	Se desconoce; se ha detectado VHE en las heces 14 días después de comenzar la ictericia.
Distribución	Se han identificado brotes y casos esporádicos de hepatitis E en zonas geográficas muy diversas, sobre todo en países con deficiencias de su sanidad ambiental. En la Argentina, se ha detectado positividad en el 2% de los dadores de sangre.
Definición de caso	Caso sospechoso: caso compatible clínica y epidemiológicamente con la descripción de la enfermedad con exclusión de otras causas de hepatitis, especialmente la de tipo A, por medios serológicos. Caso confirmado: caso probable confirmado por laboratorio: presencia de anticuerpos contra VHE (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133).
Modalidad de vigilancia	Notificación semanal por C2 individualizada, con clasificación a través del laboratorio.
Medidas de control	De nivel individual: -Buen saneamiento e higiene personal, con atención especial al lavado metuculoso de las manos y a la eliminación sanitaria de las heces. -Control del paciente, de los contactos y del ambiente inmediato. -Desinfección concurrente: eliminación sanitaria de las heces, la orina y la sangre. -Investigación de los contactos y de la fuente de infección: búsqueda de casos que pasaron inadvertidos y conservación de la vigilancia de los contactos en el hogar del enfermo, o en un brote proveniente de una fuente común, de las personas expuestas al mismo riesgo. -Identificar el modo de transmisión por investigación epidemiológica, es decir, si fue de persona a persona o por un vehículo común, y detectar a la población expuesta a un mayor peligro de infección. Eliminar cualquier fuente común de infección De nivel comunitario: -Tratar apropiadamente el agua, y contar con sistemas adecuados de distribución y de eliminación de aguas servidas -Educación sanitaria

5. - ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

- 5. 1.- Gonocócicas. Pág. 79.**
- 5. 2.- Sífilis adultos y congénita. Pág. 80.**
- 5. 3.- SIDA. Pág. 81.**

	5.1. - URETRITIS GONOCOCCICA (GONORREA, BLENORRAGIA) CIE-10 A54.0-A54.2
Justificación	La infección gonocócica genitourinaria representa una de las ETS más frecuentes. No es rara la coexistencia con la clamidiasis urogenital. La promiscuidad y la aparición de cepas resistentes son los factores responsables de la extensión de la enfermedad.
Descripción	Es una enfermedad bacteriana limitada al epitelio cilíndrico y de transición, ocasionando uretritis, vulvovaginitis, cervicitis, bartolinitis, epididimitis, proctitis, faringitis. En el hombre se manifiesta por una secreción purulenta con disuria. En la mujer, la infección a menudo pasa inadvertida. Las complicaciones son las enfermedades inflamatorias pélvicas (EIP) con el riesgo de esterilidad, embarazo ectópico y pelviperitonitis, el síndrome artritis-dermatitis con endocarditis o meningitis y el síndrome de infección amniótica neonatal. Una madre infectada puede transmitir la enfermedad a su hijo durante el parto, ocasionando la conjuntivitis gonocócica que se puede complicar con úlceras y perforación de la córnea y ceguera.
Agente	Es un diplococo gram negativo: <i>Neisseria gonorrhoeae</i> .
Transmisión	Se transmite por contacto directo con exudados de las membranas mucosas de las personas infectadas. En los niños la infección puede ser indicio de abuso sexual.
Reservorio	Es una enfermedad exclusivamente humana.
Incubación	2 a 7 días, a veces más.
Transmisibilidad	Puede durar meses o años. El tratamiento eficaz suele eliminar la transmisibilidad en cuestión de horas.
Distribución	Es una enfermedad común en todo el mundo. Afecta a ambos sexos y en particular a los adolescentes y adultos jóvenes sexualmente activos.
Definición de caso	Caso probable: En el hombre, secreción uretral purulenta con ardor miccional y/o secreción anal purulenta con pujo y tenesmo y con antecedentes epidemiológicos. En la mujer, flujo cervical purulenta, disuria y/o secreción anal purulenta con pujo y tenesmo y con antecedentes epidemiológicos. Caso confirmado: En el hombre: tinción de Gram del frotis de material uretral en el cual se identifican diplococos intracelulares gram negativos. En la mujer: cultivo en medio selectivo de Thayer-Martín. Se aconseja cultivo en medio selectivo de Thayer-Martín en supuraciones anales en ambos sexos (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133) .
Modalidad de vigilancia	Notificación numérica, por C2, semanal. Notificación individualizada por Ficha específica para Programa de periodicidad mensual.
Medidas de control	De nivel individual: Uso de preservativo hasta completar el tratamiento y desaparición de los síntomas. Higiene personal y desinfección de los artículos contaminados. Investigación de los contactos sexuales de las últimas dos semanas. Tratamiento profiláctico con colirio antibiótico de todos los recién nacidos. de nivel comunitario Educación sexual en las escuelas, en particular en adolescentes. Control de las ETS en los trabajadores sexuales. Enseñanza y promoción de métodos de prevención (preservativos, etc.). Provisión de servicios de diagnóstico y tratamiento tempranos. Los servicios deben ser culturalmente apropiados, accesibles y aceptables fácilmente individual

	5.2. - SIFILIS DEL ADULTO (o adquirida) Y SIFILIS CONGENITA (LUES) CIE-10 A-50-A-52
Justificación	Es una enfermedad prevenible, de fácil diagnóstico y tratamiento, pero con complicaciones graves; es necesario obtener datos más confiables para la evaluación, formulación de políticas, la planificación de las actividades de atención de la sífilis y las ETS en general. El objetivo de la Vigilancia es la detección precoz de los casos de sífilis congénita que permita un tratamiento adecuado de la madre y el hijo y la adopción de medidas de control para lograr su eliminación. En el caso de sífilis adquirida el objetivo es interrumpir la cadena de transmisión.
Descripción	Es una treponematosi caracterizada por sus etapas sucesivas: una <i>lesión primaria</i> (chancro) que aparece unas tres semanas después de la exposición, una <i>erupción secundaria</i> que afecta la piel y las mucosas, <i>largos periodos de latencia</i> y <i>lesiones tardías</i> en la piel, los huesos, las vísceras, el sistema nervioso central y el aparato cardiovascular. La infección del feto puede ocasionar aborto o muerte del feto, parto prematuro, bajo peso y enfermedad sistémica. La sífilis congénita puede ser asintomática, precoz o tardía y producir estigmas como la triada de Hutchinson (dientes en clavija, nariz en silla de montar, tibia en sable), queratitis intersticial, sordera).
Agente	Es una espiroqueta: <i>Treponema pallidum</i> .
Transmisión	Se transmite por contacto sexual con lesiones de la piel y de las membranas mucosas de las personas infectadas, o por transfusión de sangre, o en caso de sífilis congénita por vía transplacentaria.
Reservorio	Humano.
Incubación	10 días a 3 meses, generalmente 3 semanas.
Transmisibilidad	Es máximo durante la fase temprana: primaria, secundaria, latencia precoz (hasta cuatro años). El tratamiento adecuado puede eliminar la infecciosidad en el curso de 24 horas.
Distribución	Muy amplia. Generalmente es más prevalente en las zonas urbanas.
Definición de caso	Caso sospechoso: Sífilis primaria: ulceración indurada, no dolorosa, con adenopatía satélite, con antecedentes epidemiológicos. Sífilis secundaria: exantema en piel, pápulas en mucosas, condilomas, lesiones en faneras (alopecia), manifestaciones generales y adenopatías. Caso confirmado: Sífilis primaria: caso sospechoso con campo oscuro o inmunofluorescencia directa. Pruebas serológicas VDRL confirmada por FTA-abs y TPHA. Sífilis secundaria: pruebas serológicas: RPR o VDRL confirmada por TPHA o FTA-Abs.
Modalidad de vigilancia	Notificación por C2, individualizada, semanal. Tiene Ficha específica para el Programa con periodicidad mensual.
Medidas de control	De nivel individual: Uso de preservativo hasta completar el tratamiento y desaparición de las lesiones. Investigación de los contactos sexuales. Investigación de los hijos en caso de madre con sífilis . Investigación de todos los miembros inmediatos de la familia (padre, madre, hermanos) en caso de sífilis congénita. De nivel comunitario Educación sexual en las escuelas. Control de las ETS y educación sexual en los trabajadores sexuales. Enseñanza y promoción de métodos de prevención (preservativos, etc.) a través de todos los medios de comunicación . Provisión de servicios de diagnóstico y tratamiento tempranos. Control prenatal de acuerdo a las normas, incluyendo estudios serológicos para prevenir la sífilis congénita como mínimo en la primera consulta y en el parto. Búsqueda sistemática en prenupciales, preocupacionales, otros.

	5.3. - SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida) CIE 10 B20-B24
Justificación	La vigilancia de esta enfermedad permite realizar un seguimiento y evaluación de las medidas de control implementadas para reducir la morbimortalidad por esta causa.
Descripción	Representa la última etapa clínica de la infección por el virus VIH que por lo común daña en forma progresiva el aparato inmunitario y otros órganos y sistemas, incluso el SNC. Después de un cuadro agudo parecido a la mononucleosis, el infectado puede permanecer asintomático durante meses o años antes de que aparezcan otras manifestaciones clínicas a las que se denominan enfermedades marcadoras. El comienzo del cuadro clínico suele ser insidioso con síntomas inespecíficos como linfadenopatías, anorexia, diarrea, fiebre y fatiga. Se denomina Complejo relacionado con SIDA (CRS).
Agente	El virus de la inmunodeficiencia es un retrovirus. Se identificaron dos tipos: VIH-1 y VIH-2. Desde el punto de vista nosológico y geográfico son diferentes pero comparten algunas propiedades epidemiológicas. El tipo 2 parece ser menos patógeno que el tipo 1.
Transmisión	La transmisión se produce por contacto sexual sin protección adecuada, vía perinatal (vertical), exposición percutánea (intravenosa, intramuscular, subcutánea o intradérmica) o a través de las mucosas a los líquidos corporales infectantes: transfusión de sangre o sus derivados, uso compartido de agujas durante la inyección de drogas intravenosas, hemodiálisis, acupuntura, tatuajes y pinchazos de aguja u otras lesiones por instrumentos cortantes sufridas por personal hospitalario.
Reservorio	Los humanos.
Incubación	Es variable. En general transcurren de 1 a 3 meses desde el momento de la infección hasta la aparición de anticuerpos detectables. El lapso que va desde la infección por el HIV hasta el diagnóstico de SIDA varía entre 1 a 10 años. El tratamiento alarga el período de incubación.
Transmisibilidad	Se desconoce. Se supone que comienza muy poco después de la infección y dura toda la vida. La infecciosidad aumenta conforme se agrava la deficiencia inmunitaria y/o los síntomas clínicos, y por la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual. La infecciosidad puede ser alta en el periodo inicial que sigue a la infección.
Distribución	Se han notificado casos en casi todos los países del mundo, razas, edades y clases sociales. Hasta 1998 suman alrededor de 11.000.000 millones de casos notificados. En nuestro país, hasta 1999 se notificaron 14.289 casos de SIDA. El 99% se localiza en grandes centros urbanos. El 41% debido a consumo de drogas, el 26.4% prácticas homosexuales y 20% por prácticas heterosexuales sin protección. Un 7% corresponde a la transmisión vertical. La relación hombre / mujer es de 3 a 1. La edad promedio en hombres es de 34 años y en mujeres de 26.
Definición de caso	Enfermedades marcadoras (sin patología inmunosupresora previas: Hodgkin, leucemia): Candidiasis esofágica, bronquial o pulmonar, Criptococosis extrapulmonar, Criptosporidiasis con diarrea persistente por más de 30 días, Ulceras por herpes simple mucocutánea y persistente. Bronquitis, neumonitis o esofagitis herpética. Linfoma primario del SNC en < de 60 años. Neumonía intersticial en < 13 años. Sarcoma de Kaposi. Neumonía por Pneumocystis carinii. Leucoencefalopatía multifocal progresiva. Toxoplasmosis cerebral en mayores de 1 año. Retinitis por citomegalovirus. Tuberculosis pulmonar. Neumonía recurrente bacteriana. Cáncer invasivo de cuello uterino. Criterios de laboratorios para diagnóstico: Test serológicos, ELISA, Western Blot Caso confirmado: una enfermedad marcadora con confirmación de laboratorio.
Modalidad de vigilancia	Notificación individualizada, semanal al SINAVE. Existe Ficha Específica que debe remitirse al Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus Humanos y SIDA. Realizar contacto con jefe del Programa de cada jurisdicción. Existe la notificación específica de Bancos de Sangre. Notificación específica de Bancos de esperma, órganos y tejidos a organismos pertinentes.
Medidas de control	Evitar conductas de riesgo. Realizar relaciones sexuales seguras (uso de preservativo). Uso de material descartable para inyectables. Realizar educación a

	<p>embarazadas con pruebas de detección de infección y tratamiento en caso de ser positivos para evitar la transmisión prenatal y perinatal del HIV.</p> <p>Evitar contaminación de plasma y sangre u otros órganos siguiendo las normas nacionales. Cumplir con las normas de bioseguridad para el equipo médico. A los niños con SIDA no colocar la vacuna BCG pero sí el resto de las vacunas por programa.</p>
--	--

6. - ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS

- 6. 1.- Influenza. Pág. 84.**
- 6. 2.- Neumonía. Pág. 85.**

	6.1. - VIGILANCIA DE LA INFLUENZA
Justificación	La detección oportuna de brotes permite implementar medidas preventivas y de control en tanto que la detección y caracterización temprana de los virus involucrados en las epidemias permite adecuar y seleccionar anualmente las vacunas a usar en los grupos de mayor riesgo, con el objeto de disminuir entre ellos, las complicaciones y la mortalidad.
Descripción	Enfermedad infecciosa aguda, de alta transmisibilidad, que se presenta en forma de epidemias en general de un mes de duración.
Agente	Se han identificado tres tipos de virus Influenza A, B y C. Cada tipo presenta características diferenciales. El tipo A (Subtipos: H1N1 – H3N2), causante de epidemias y pandemias, el tipo B asociado a epidemias regionales o diseminadas y el tipo C, con casos esporádicos y brotes localizados.
Transmisión	La vía aérea es la principal vía de transmisión, predominando en grupos de personas aglomeradas en ambientes cerrados y por contacto directo. El agente puede persistir horas en ambiente frío y con poca humedad, posibilitando la transmisión; también es posible a través de objetos contaminados.
Reservorio	En las infecciones humanas el principal reservorio es el hombre infectado. Las aves han sido fuente de todas las cepas que circularon hasta el presente y son el reservorio natural de todos los subtipos que pueden infectar al hombre. Los cerdos pueden ser intermediarios de nuevos virus influenza humanos.
Incubación	Este período puede durar de 1 a 3 días.
Transmisibilidad	De 3 a 5 días en adultos desde el comienzo de los síntomas y hasta 7 días en niños de corta edad.
Distribución	La enfermedad se presenta en forma de pandemias, brotes epidémicos, y también con casos esporádicos. Las tasas de ataque en periodos epidémicos son menores al 20% en comunidades grandes, pero de alrededor del 50% en comunidades cerradas. En zonas templadas su presentación como epidemia ocurre durante el invierno. Los virus pueden co-circular o presentarse en diferentes picos epidémicos.
Definición de caso	Caso sospechoso: Enfermedad respiratoria aguda febril (mayor de 38 °C), con mialgia o postración, acompañada de tos y/o dolor de garganta, en ausencia de otro diagnóstico confirmado. Caso confirmado: Caso sospechoso con confirmación de laboratorio por el aislamiento de virus de la influenza o detección de antígenos virales de secreciones faríngeas y/o nasales o por conversión serológica específica entre sueros de fase aguda y de convalecencia (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133).
Modalidad de vigilancia	Notificación semanal por C2 numérico y por grupos de edad. Notificación semanal desde Unidades Centinelas de casos sospechosos, confirmados y complicaciones. Las unidades centinela seguirán para su funcionamiento el manual operativo. Para caracterizar a una epidemia de influenza se utilizarán los datos de Vigilancia de Morbi-mortalidad por neumonía y Vigilancia de ausentismo laboral y escolar.
Medidas de control	De nivel individual: En caso de epidemias extensas, la amantadina y la rimantadina poseen utilidad específica como agentes quimioprolifáticos antivíricos. Está indicada para proteger pacientes en situaciones de muy alto riesgo administrando durante 15 días después de la vacunación. De nivel comunitario: Educar a la población sobre los principios básicos de higiene personal. Capacitar al personal de salud en los principios básicos de bioseguridad. Inmunización según Normas Nacionales de Vacunación.
Medidas en caso de epidemia	Medidas en caso de epidemia: El cierre de escuelas no es eficaz como medida de control. Inmunización para pacientes de alto riesgo y para el personal que los asiste. Prever un aumento de la demanda de camas y asistencia médica para periodos de epidemia, considerando el incremento de ausencias del personal de salud. Para evitar tal situación, todo el personal de salud debe estar vacunado en el año y recibir amantadina durante los primeros 15 días si existe circulación de influenza A.

	6.2. - NEUMONIA ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD
Justificación	Esta enfermedad afecta a toda la población, pero sus formas más graves comprometen particularmente a niños y ancianos. Con los tratamientos antimicrobianos, las tasas de letalidad descendieron desde 20 a 40% a valores entre 5 y 10%; en ciertos grupos de riesgo (desnutridos e inmunocomprometidos), la letalidad continua siendo muy alta. En la Argentina la neumonía es la 3° causa de muerte en lactantes, 4° causa en la primera infancia y la 5° causa en los mayores de 60 años. El uso inadecuado de antibióticos ha incrementado las tasas de resistencia de los gérmenes causales, a los antimicrobianos.
Descripción	Enfermedad respiratoria aguda transmisible, que afecta el parénquima pulmonar, con signos clínicos de ocupación alveolar y/o intersticial; radiológicamente muestra opacidad y/o infiltración intersticial sin pérdida de volumen, de localización única o múltiple. Tratados adecuadamente la evolución suele ser favorable, con resolución a la curación sin secuela en la mayoría de los casos. Las complicaciones son el compromiso de la función respiratoria y/o impacto sistémico (sepsis). Es más grave en lactantes, niños, ancianos y pacientes de riesgo (desnutridos, inmunocomprometidos, etc.) En ancianos el cuadro puede ser menos característico y de comienzo insidioso. La neumonía multifocal o bronconeumonía es el cuadro clínico con patrón radiológico de múltiples imágenes de opacidad generalmente mal definidas. La pleuresía purulenta o empiema es la presencia de líquido purulento en la cavidad pleural generalmente asociado a una neumonía.
Agente	Virales: En los menores de 5 años los principales virus respiratorios causan al menos el 30% del total de las infecciones respiratorias bajas. El virus sincicial respiratorio (VRS) es el principal agente causal. Le siguen en importancia adenovirus, influenza y parainfluenza los cuales pueden predominar en períodos epidémicos. En jóvenes y adultos el virus predominante es influenza A. Bacterianas: El <i>Streptococcus pneumoniae</i> causa más del 50% de las neumonías bacterianas (los serotipos 14, 1, 5, 6A, 6B, 9N, 7, 19 y 23F son los más frecuentes en el país). El <i>Haemophilus influenzae</i> , causa el 30% de las neumonías bacterianas en menores de 5 años, y de ellos 1/3 corresponde al tipo B, <i>Staphylococcus aureus</i> . Los bacilos Gram negativos (<i>Klebsiella</i> spp., <i>Escherichia coli</i> , etc) pueden causar neumonía, observándose en pacientes con inmunocompromiso y ancianos. Otro germen responsable de neumonías es la <i>Moraxella catarrhalis</i> en los pacientes ancianos con enfermedad obstructiva crónica. Neumonías atípicas: El <i>Mycoplasma pneumoniae</i> y la <i>Chlamydia pneumoniae</i> son los agentes mas frecuentemente identificados en la población de edad escolar y adultos jóvenes. La <i>Chlamydia trachomatis</i> es causa de neumonía en menores de 4 meses en hijos de madres con colonización de su área perineal, por este agente, previo al parto.
Transmisión	La vía principal es la directa a través de contaminación por secreciones respiratorias, persona a persona. Otra vía de transmisión es la indirecta a través de objetos contaminados con secreciones (Ej.: mascarar de nebulización).
Reservorio	En la mayoría de los organismos involucrados es el hombre.
Incubación	De 1 a 3 días para la mayoría de los agentes involucrados, es más largo en las neumonías atípicas.
Transmisibilidad	Es desconocido, y depende de la presencia de agentes en las secreciones respiratorias. En las neumonías bacterianas el tratamiento antibiótico efectivo puede acortarlo a 24 hs.
Distribución	Enfermedad endémica en especial en niños, ancianos y personas pertenecientes a grupos de riesgo. En nuestro país el mayor número de casos se produce en invierno y primavera coincidiendo con el aumento de infecciones virales en la comunidad. Cuando hay epidemias de influenza se incrementa su incidencia.
Definición de caso	Caso sospechoso: Enfermedad respiratoria aguda febril con tos productiva, dificultad respiratoria y taquipnea y dos o más de los siguientes signos: limitación de la entrada de aire, matidez y crepitantes (rales finos al final de la espiración). Caso confirmado por radiología: Caso sospechoso con radiología que muestra un infiltrado lobar o segmentario y/o derrame pleural. Caso con confirmación etiológica: Caso sospechoso con detección de virus respiratorios del aspirado nasofaríngeo y/o aislamiento de bacterias en

	hemocultivo (20 a 30% de neumonías) o derrame pleural (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133).
Modalidad de vigilancia	<p>Notificación semanal por C2, numérica y por grupos de edad.</p> <p>Notificación semanal desde Unidades Centinelas de casos sospechosos, confirmados y formas graves. Las unidades centinela seguirán para su funcionamiento el manual operativo.</p> <p><u>Notificación de brotes</u>: de percibirse un número mayor de casos esperados de neumonías adquiridas en la comunidad y/o presentación de formas inusuales o poco frecuentes, comunicarlo en forma inmediata a Epidemiología de su Jurisdicción. Es importante la Vigilancia de Mortalidad en tiempo real de las Infecciones Respiratorias Bajas Agudas.</p>
Medidas de control	<p>De nivel individual:</p> <p>En pacientes, guardar precauciones respiratorias.</p> <p>Desinfección concurrente de las secreciones nasofaríngeas respetando normas de bioseguridad.</p> <p>Inmunización a contactos: Solo a grupos de riesgo.</p> <p>Tratamiento antibiótico específico en las que se sospecha o confirma etiología bacteriana.</p> <p>De nivel comunitario:</p> <p>Evitar el hacinamiento.</p> <p>Inmunización: Para la prevención de las neumonías se podrán utilizar vacunas antihaemophilus tipo b, antinfluenza y antineumocócica, (Ver normas nacionales de vacunación, indicación, criterios y recomendaciones)</p>

7. - ENFERMEDADES VECTORIALES

- 7. 1.- Chagas Agudo y Congénito. Pág. 88.**
- 7. 2.- Dengue Clásico, hemorrágico. Pág. 90.**
- 7. 3.- Fiebre Amarilla. Pág. 93.**
- 7. 4.- Leishmaniasis. Pág. 96.**
- 7. 5.- Paludismo. Pág. 98.**

	7.1. - ENFERMEDAD DE CHAGAS (AGUDO Y CONGÉNITO) (TRIPANOSOMIASIS AMERICANA). CIE-10 B57.
Justificación	En la Argentina y en el marco de la Iniciativa del Cono Sur, bajo la secretaría de la OPS/OMS, se ha establecido la meta de la interrupción de la transmisión vectorial y transfusional de la enfermedad de Chagas durante la primera década del 2000. El progreso de las acciones del Programa Nacional de Chagas, permite utilizar a la notificación de casos de Chagas Agudo como uno de los indicadores más significativos de la tendencia hacia la interrupción de la transmisión, considerándose como "emergencia sanitaria".
Descripción	Es una antroponosis. Presenta una forma aguda que puede durar de 2 a 4 meses con poca manifestación clínica y elevadas parasitemias. Luego se pasa a la denominada fase indeterminada donde la única evidencia es la serología reactiva con escasa parasitemia, para finalmente llegar a la fase crónica al cabo de aproximadamente 15 años de evolución en 3 de cada 10 infectados quienes presentarán una lesión orgánica. Si bien la infección puede presentarse en cualquier edad, la mayor incidencia se registra hasta los 14 años de edad en zonas sin control de transmisión. La forma aguda puede ser sintomática, oligosintomática o asintomática. La expresión clínica puede ser síntomas inespecíficos como síndrome febril prolongado, adenomegalia, hepato-esplenomegalia, anemia, anorexia, irritabilidad o somnolencia, convulsiones, diarrea, coriza, edema (mas frecuentes en lactantes y niños menores de 4 años) y síntomas específicos (5% de casos): complejo oftalmoganglionar, chagoma de inoculación (reacción inflamatoria en el lugar de inoculación), hematógeno y lipochagoma. La miocarditis y la meningoencefalitis son expresiones clínicas graves de la fase aguda. En zonas endémicas, el síndrome febril prolongado puede llegar a ser verdadero síntoma guía en ausencia de otras manifestaciones.
Agente	<i>Trypanosoma cruzi</i> , un protozooario flagelado que infecta a los insectos vectores, a los animales domésticos y a los humanos. El vector se infecta cuando se alimenta con la sangre de un animal con parasitemia.
Transmisión	La transmisión vectorial, se produce a través del <i>Triatoma Infestans</i> (vinchuca o chinche). La transmisión se produce cuando el vector infectado defeca el tripanosoma al picar al ser humano o reservorio. La transmisión por transfusión sanguínea tiene importancia epidemiológica a partir del número creciente de donantes infectados de áreas endémicas que han migrado a centros urbanos, por lo que existe la necesidad de mantener los controles de bancos de sangre. La transmisión congénita o connatal, que ocurre durante el embarazo o el nacimiento, es relevante para el control. Otras formas de transmisión con menor impacto a nivel poblacional son accidentes de laboratorio y transplantes de órganos.
Reservorio	Además del hombre se han descrito más de 150 especies de animales domésticos y salvajes (perros, gatos, cabras, cerdos, ratas y ratones, quirópteros, carnívoros y primates). En el ciclo doméstico los perros y gatos tiene especial importancia por su alta y prolongada parasitemia, los que los convierte en fuente de parásitos. Las aves no son reservorios de la enfermedad de Chagas, aún cuando pueden favorecer el crecimiento de la población de vectores.
Incubación	Luego de la picadura los síntomas agudos aparecen aproximadamente entre 5 a 14 días; en la transmisión debido a una transfusión sanguínea las manifestaciones son aparentes entre 30 a 40 días después.
Transmisibilidad Susceptibilidad y Resistencia	La mayoría de las personas tienen el parásito en la sangre o tejidos durante toda su vida. La parasitemia es mayor durante la fase aguda de la enfermedad. Durante la fase indeterminada y la crónica el parásito puede no detectarse en forma continua por los métodos ópticos tradicionales. Esto hace que las personas infectadas sean potenciales transmisores de la enfermedad a través de la sangre, tejidos u órganos en cualquier momento de su vida una vez infectados. El vector se vuelve infectante de 10 a 30 días después de haber picado a un huésped infectado y permanece infectado mientras vive (hasta 2 años aproximadamente).
Distribución	Esta enfermedad pone en riesgo a más de 100 millones de personas de 17 países. Enfermedad limitada a América, desde el sur de Estados Unidos hasta el sur de Argentina y Chile. En nuestro país es endémica con diferentes niveles de riesgo. Debido a las migraciones de la población el área endémica para la transmisión transfusional y connatal se extiende hasta Tierra del Fuego.

	<p>Actualmente se estima existen aproximadamente 2.300.000 infectados. En este momento en las áreas endémicas hay 950.000 viviendas bajo control de la transmisión vectorial. Esta patología no presenta variaciones estacionales ni cíclicas, pero la probabilidad de contacto con el vector es mayor en los meses más cálidos.</p>
Definición de caso	<p>Caso sospechoso de infección Aguda: Pacientes con síndrome febril prolongado, más la presencia de otro síntoma específico o inespecífico (esplenomegalia o chagoma) y que:</p> <p>a.- es residente o ha estado en zona endémica en los últimos 6 meses. b.- antecedentes de Contacto con sangre (transfusiones, drogadicción IV, accidentes de trabajo) u otro material biológico.</p> <p>Caso sospechoso de modalidad congénita: Niños de hasta 1 año de edad, hijo de madre con serología positiva para Chagas,</p> <p>Caso confirmado de infección aguda: Caso sospecho confirmado por laboratorio (visualización del parásito) (ver Capítulo IV, toma de muestra, página...).</p> <p>Caso confirmado de modalidad congénita: Hasta los 6 meses de edad con observación directa del parásito. Después de los 6 meses de edad: 2 técnicas serológicas diferentes positivas y que una de ellas sea ELISA o IFI.</p> <p>Criterios de laboratorio para el diagnóstico: -Parasitología positiva directa (Strout, gota fresca, microhematocrito) son confirmatorias. Ante un primer estudio negativo repetir la técnica. -Serología positiva para anticuerpos contra <i>T. cruzi</i> (IgM) es presuntivo. Para detección de IgG, se utilizan: inmunofluorescencia indirecta (IFI); prueba de hemaglutinación indirecta (IHA); prueba de aglutinación directa (DA) y Elisa. Estas técnicas son útiles en fase aguda a partir del día 20 de adquirida la infección.</p> <p>-Ver normas para el Diagnóstico de la Infección Chagásica (Nº resolución 523/97).</p>
Modalidad de Vigilancia	<p>Se notificarán al SINAVE los casos que cumplen todos los criterios de caso sospechoso de chagas agudo y de modalidad congénita. Notificación semanal por C2, de casos sospechosos, individualizado. Por Ficha específica, notificar el caso agudo o congénito al Programa de Control Provincial.</p>
Medidas De Control	<p>Nivel individual: Tratamiento específico del caso: todo caso confirmado debe recibir inmediatamente el tratamiento específico. Ver Normas para la Atención del Infectado Chagásico (Nº de Resolución SPS 28/99). Investigación epidemiológica de infección aguda en los convivientes. Investigación epidemiológica para la identificación de fuente de infección y acciones acordes a ella (domicilio, banco de sangre o maternidades).</p> <p>Nivel comunitario: La aparición de un chagas agudo vectorial es considerada una emergencia sanitaria que desencadena o inicia actividades de rociado químico en el paraje/localidad afectado y la instalación o reforzamiento de la vigilancia entomológica a cargo de la comunidad con monitoreo y supervisión del Programa Nacional de Chagas. Simultáneamente ofrecer Información, Educación y Comunicación en la población sobre el modo de transmisión y los métodos de prevención. Mejoramiento de viviendas, o construcción adecuada de las mismas.</p>

	7.2. - DENGUE CLÁSICO CIE-10 A90 DENGUE HEMORRAGICO/ SINDROME DE CHOQUE DEL DENGUE (DH/SCD) CIE 10 A91
Justificación	Enfermedad vírica transmitida por artrópodos. Es una enfermedad grave y con gran potencial epidémico. En casos de SCD no tratados las tasas de letalidad pueden ser de 40 a 50%. Hasta el presente no existe vacuna. En nuestro país el vector, (mosquito <i>Aedes aegypti</i>) se ha detectado en 332 municipios desde Buenos Aires y La Pampa hacia el norte. Existe circulación de virus y ha habido en 1998 una epidemia en la zona noroeste (provincia de Salta). Tiene dos formas clínicas, Dengue clásico y Dengue Hemorrágico.
Descripción	Enfermedad viral febril y aguda, que tiene un comienzo repentino, fiebre de 3 a 5 días de duración que suele ser bifásica, (raramente la duración de la fiebre se extiende más de 7 días), cefalea intensa, dolor retroorbitario, mialgia, artralgia, erupción cutánea, manifestaciones hemorrágicas y leucopenia. En el DH, es característica la permeabilidad vascular anormal, hipovolemia y anormalidades de los mecanismos de la coagulación sanguínea. Las formas graves constituyen el síndrome de Choque por Dengue. La susceptibilidad parece ser universal en los humanos; en los niños la enfermedad es más benigna que en los adultos. La infección con un serotipo confiere inmunidad contra el mismo (inmunidad homóloga) y sólo por un corto período contra los otros serotipos (inmunidad heteróloga). La infección por un serotipo con inmunidad previa para otro serotipo sería el principal desencadenante de la forma hemorrágica.
Agente	Virus del dengue, un arbovirus del género de los <i>Flavivirus</i> , perteneciente a la familia Flaviviridae. Se conocen cuatro serotipos: 1,2,3,4 que son los mismos que causan el dengue hemorrágico. Vector: mosquito <i>Aedes aegypti</i> y <i>Aedes Albopictus</i> . El <i>Ae. aegypti</i> es una especie hematófaga diurna, con una actividad máxima durante las primeras y las últimas horas del día. Las hembras colocan los huevos en recipientes con agua como cacharros, floreros, tanques y cubiertas abandonadas. Los huevos pueden permanecer hasta un año viables secos y al ser mojados eclosionan en 48 hs. a 5 días, dando lugar a larvas acuáticas, no infectantes. El período larval puede durar, de acuerdo a las condiciones ambientales de 5 a 14 días. <i>Ae. Albopictus</i> , recientemente detectado en el norte de nuestro país, puede criar más fácilmente en sitios como axilas de árboles y soporta un rango más amplio de temperatura.
Transmisión	Por la picadura del mosquito vector. Los mosquitos adquieren la infección a partir de personas con virus en sangre; incuban el virus y luego lo transmiten a otras personas. No se transmite por contacto directo de persona a persona ni desde el agua o alimentos.
Reservorio	En las zonas urbanas, el hombre y el mosquito completan el ciclo que perpetúa los virus. En América aunque el <i>Aedes albopictus</i> está presente, no ha sido asociado con la enfermedad.
Incubación	Varía de 3 a 15 días, con una media de 6 días.
Transmisibilidad	Para los mosquitos, la sangre de las personas enfermas es infectante desde dos días antes del comienzo de los síntomas (fiebre) y hasta cinco días después. El virus dentro del <i>Aedes aegypti</i> incuba de 8 a 12 días, y desde ese momento puede transmitirlo por el resto de su vida adulta (de 4 a más de 30 días según condiciones ambientales).
Distribución	El virus circula en cuatro serotipos diferentes conocidos como Den-1, Den-2, Den-3 y Den-4. En América del Sur circulan por lo menos 3 serotipos de virus. En Argentina, en el año 1998 circuló el Den-2 en el NOA, mientras los focos en países limítrofes presentaron los Den-1 y Den-2. La epidemia puede presentarse en cualquier lugar donde los vectores sean abundantes y se introduzca el virus.
Definición de caso	Caso sospechoso de dengue clásico: Toda persona que presenta aparición aguda de fiebre con una duración de hasta 7 días y se ve acompañada de dos o más de los siguientes: cefalea, dolor retroorbitario, mialgia, artralgia, erupción cutánea, manifestaciones hemorrágicas leves, y que resida o haya viajado a área endémica, o con transmisión activa de dengue o con presencia de <i>Aedes aegypti</i> . De dengue hemorrágico: Todos los siguientes criterios deben estar presentes: fiebre o antecedente reciente de fiebre, manifestación hemorrágica evidenciada por uno de los siguientes signos: Prueba del torniquete positiva, petequias, equimosis o púrpuras, hemorragia gingival, tracto gastrointestinal, hematemesis, melena.

	<p>Trombocitopenia (100.000/mm³ o menos) Extravasación de plasma por aumento de la permeabilidad capilar, manifestada al menos por uno de los siguientes: 20% de aumento de hematocrito sobre los valores normales disminución del 20% del hematocrito luego del tratamiento, presencia de signos de pérdida de plasma : derrame pleural, ascitis e hipoproteinemia. De síndrome de choque por dengue: todo lo anterior más evidencia de insuficiencia circulatoria con manifestaciones de: pulso rápido y débil, disminución de la presión del pulso ,o hipotensión para la edad, piel fría, húmeda y agitación. Caso Probable: Todo paciente sospechoso de dengue clásico con IgM positiva. Caso Confirmado: Es un caso sospechoso o probable con confirmación serológica de una muestra pareada de IgM o IgG, aislamiento de virus o prueba histoquímica. En una situación de epidemia luego de la confirmación de circulación del virus mediante las pruebas de laboratorio antedichas, los casos siguientes se confirman por criterios clínico-epidemiológicos (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterios de laboratorio para el diagnóstico: • -Aislar virus dengue de suero, plasma, leucocitos o muestras de autopsia (Confirmatorio). • La confirmación tiene importancia para la vigilancia viral • -Cuadriduplicación o aumento mayor de los títulos recíprocos de anticuerpos IgM o IgG contra uno o varios antígenos del virus del dengue en muestras séricas pareadas (Confirmatorio). • -Detección del antígeno del virus del dengue en el tejido de la autopsia mediante pruebas histoquímicas o inmunofluorescencia (Confirmatorio). • -Detección de secuencias genómicas víricas en el tejido de la autopsia, el suero o muestras de líquido cefalorraquídeo por reacción en cadena de polimerasa (RCP) (Probable). <p>Caso Importado: Caso confirmado que fue detectado en un país diferente de donde ocurrió la transmisión. Caso Autóctono: Caso confirmado en el mismo país donde ocurrió la transmisión.</p>
<p>Modalidad de vigilancia</p>	<p>Notificar por planilla C2, semanal, numérico y por grupos de edad. Por ficha específica al Programa de Vectores. En ella se agregarán datos de la persona mas datos epidemiológicos como viajes a áreas endémicas en las 2 últimas semanas, hospitalización, presencia de dengue hemorrágico, SCD, vacunación contra la Fiebre Amarilla. Además de la vigilancia clínica epidemiológica, existen vigilancia serológica, vigilancia viral, vigilancia entomológica (Ver Manual de Vigilancia del Dengue – Programa Nacional de Vectores). Es una enfermedad de notificación inmediata (teléfono, fax, o radio) en lugares donde aun no se ha detectado la transmisión del dengue pero sí hay <i>Aedes aegypti</i>.</p>
<p>Medidas de control</p>	<p>Nivel Individual: Inicio de investigación epidemiológica en los casos sospechosos en relación con las actividades en los 15 días previos al inicio de la enfermedad para localizar el foco; búsqueda de casos no notificados o no diagnosticados. Evitar el contacto de mosquitos con el paciente hasta que desaparezca la fiebre por medio de mosquiteros, repelentes, mallas metálicas. Si surge dengue en proximidades de foco de fiebre amarilla selvática se recomienda la inmunización contra la fiebre amarilla a la población según normas, ya que ambas enfermedades urbanas comparten el mismo vector. Está contraindicado el ácido acetil salicílico (aspirina) para el tratamiento de la fiebre. Nivel comunitario: Las acciones en terreno se deben tomar en forma conjunta con responsables de saneamiento, control de vectores, medio ambiente y equipo</p>

	<p>de salud.</p> <p>Información, educación y comunicación en la población sobre la biología del mosquito, el modo de transmisión y los métodos de prevención.</p> <p>Intensificar la vigilancia de los casos febriles en áreas de riesgo potencial.</p> <p>Intensificar las medidas de control tendientes a eliminar potenciales sitios comunitarios de cría del mosquito, como los que se encuentran en cementerios y baldíos.</p> <p>Eliminación de criaderos de mosquitos mediante la destrucción o inversión de recipientes de agua o aplicación de larvicidas; eliminación de adultos mediante la fumigación.</p> <p>Campañas de eliminación de cacharros y el tratamiento comunal de basura.</p>
--	--

	7.3. - FIEBRE AMARILLA – CIE10 A95. NOTIFICACION BAJO REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL.
Justificación	<p>Existe el riesgo potencial del resurgimiento de la Fiebre Amarilla Urbana (FAU) en muchas ciudades del continente Americano, debido a la persistencia de la Fiebre Amarilla Selvática (FAS). La FAU es una enfermedad altamente transmisible en presencia de personas susceptibles y mosquitos vectores.</p> <p>Las tasas de letalidad por esta patología pueden llegar al 50%.</p> <p>Para prevenir la FAU es necesario detectar y controlar al vector responsable de la transmisión del virus, detectar rápidamente los casos probables, prevenir brotes y controlar las epidemias realizando acciones de control inmediatas. Existe una vacuna de alta eficacia (99%), que deja inmunidad de largo plazo (entre 30 – 35 años), pero con la cual se recomienda la revacunación cada 10 años.</p> <p>Esta es una patología de Notificación Obligatoria en todo el mundo de acuerdo al Reglamento Sanitario Internacional.</p>
Descripción	<p>Enfermedad infecciosa aguda de origen viral, que tiene una duración breve y presenta cuadros clínicos de gravedad variable. Se caracteriza por el comienzo súbito que incluye fiebre, escalofríos, cefalalgia, dorsalgia, mialgias generalizadas, postración, náusea y vómito. Con el avance de la enfermedad se observa pulso más lento y débil, aunque la temperatura corporal sea elevada (signo de Faget). En el período conocido como de intoxicación, se observan síntomas de insuficiencia hepato – renal, que se manifiestan por ictericia, hematemesis, melena y otras manifestaciones hemorrágicas (epistaxis, otorragias, gingivorragias) oliguria, anuria con albuminuria y postración.</p> <p>La enfermedad confiere inmunidad por largo tiempo y no se conocen segundos ataques. En los recién nacidos la inmunidad pasiva transitoria puede persistir hasta por seis meses. En las infecciones naturales los anticuerpos aparecen en la sangre durante la primera semana de la enfermedad.</p>
Agente	Virus de la Fiebre Amarilla, un arbovirus perteneciente al género de los <i>Flavivirus</i> y la familia <i>Flaviviridae</i> .
Transmisión	En la FAU, por la picadura del mosquito <i>Aedes aegypti</i> infectante (ver características en Dengue). En las selvas de América del Sur, la FA selvática es transmitida por especies de mosquitos del género <i>Haemagogus</i> o <i>Sabethes</i> . En diferentes regiones del África, otras especies de mosquitos son las responsables de la transmisión, desde monos infectados a humanos.
Reservorio	En las zonas urbanas, para la FAU, el hombre es el reservorio de mayor importancia epidemiológica. En las zonas selváticas, los monos y tal vez otros marsupiales y los mosquitos selváticos, el hombre resulta en un huésped accidental.
Incubación	Es corto, varía de 3 a 6 días luego de la picadura del mosquito infectado.
Transmisibilidad	<p>Para los mosquitos, la sangre de los enfermos es infectante desde 24 a 48 horas antes del inicio de la fiebre, y hasta 3 a 5 días luego del inicio de la enfermedad. En lugares con alta presencia de mosquitos y gran cantidad de susceptibles, la enfermedad es altamente transmisible. No está descrita la transmisión por contacto o vehículos comunes.</p> <p>El virus en el mosquito <i>Aedes aegypti</i>, tiene un período de incubación extrínseco de 9 a 12 días, y una vez infectado puede transmitirlo por el resto de su vida adulta de 4 a más de 30 días según condiciones ambientales.</p>
Distribución	<p>Existen dos ciclos de transmisión, uno el selvático que incluye a los mosquitos y a los primates, y el ciclo urbano que involucra al <i>Aedes aegypti</i> y los seres humanos.</p> <p>El ciclo selvático está limitado a regiones tropicales de África; tropicales y transicionales selváticas de América Latina (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú) y es el responsable de mantener entre 100 a 200 casos anuales, fundamentalmente entre hombres jóvenes que por razones de ocupación se ven expuestos a los mosquitos en esas áreas. Su comportamiento es cíclico y va precedido de epizootias en monos.</p> <p>El ciclo urbano puede suceder en el momento de la reinfestación de las ciudades con <i>Aedes aegypti</i>, lo que renueva el peligro potencial de la transmisión de la enfermedad y la aparición de epidemias. En los últimos años esta transmisión ocurrió en Nigeria (África), con casi 20.000 casos y más de 4.000 muertes entre 1986 y 1991.</p> <p>En Argentina no se registran casos de FAU desde 1.905 y de FAS desde 1.967. La detección de <i>Aedes aegypti</i> en diversas localidades renueva el peligro potencial de la aparición de la enfermedad en nuestro país.</p>

<p>Definición de caso</p>	<p>Área sin vector: Caso Sospechoso: toda persona que presenta fiebre en un plazo de 7 a 10 días seguida de ictericia y/o de manifestaciones hemorrágicas, procedente de zona con evidencia de transmisión de Fiebre Amarilla. Área con vector Caso sospechoso: Paciente sin vacuna antiamarilica previa, con cuadro febril agudo menor de 7 días, de iniciación súbita, procedente de área endémica para Fiebre amarilla Silvestre y/o de ocurrencia de casos de Fiebre Amarilla. Caso Confirmado: todo paciente sospechoso que tenga un diagnóstico confirmatorio de Fiebre Amarilla por laboratorio. Toma de muestra de por lo menos 1 ml. de suero. No usar anticoagulantes. Enviar refrigerado (entre 4 – 8° C) al laboratorio de referencia con la ficha (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133). <i>Criterios de laboratorio para el diagnóstico:</i> - Presencia de IgM específica para la fiebre amarilla (Presuntivo). - Aumento cuádruplo de los niveles de IgG sérica en pares de muestras de suero (fase aguda y convalecencia) en pacientes sin historia reciente de vacunación y cuando se han descartado reacciones cruzadas con otros flavivirus (Confirmatorio). - Detección del antígeno específico en los tejidos por inmunohistoquímica (Confirmatorio). - Detección de secuencias genómicas del virus (PCR) de la fiebre amarilla en la sangre u órganos (Confirmatorio). - Aislamiento del virus de la fiebre amarilla (Confirmatorio). <i>Criterios clínicos – epidemiológico:</i> Caso sospechoso que evoluciona a la muerte en menos de 10 días sin confirmación.</p>
<p>Modalidad de vigilancia</p>	<p>Sujeta al Reglamento Sanitario Internacional. Notificación inmediata , por teléfono, fax, o radio e individual del caso sospechoso, desde los niveles locales. Implementar la vigilancia del síndrome hemorrágico grave y/o mortal, y hepatitis fulminantes en hospitales y centros de referencia. En fallecidos sin diagnóstico con antecedentes de fiebre e ictericia, tomar muestras de hígado para enviar al Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas. Por Fichas específicas agregar los datos necesarios para el Programa específico de Vectores (como estado de vacunación, viajes a áreas endémicas en la última semana, etc). Se deben vigilar las muertes de monos aulladores y realizar encuestas de detección de inmunidad mediante pruebas de neutralización en primates salvajes capturados en áreas selváticas.</p>
<p>Medidas de control</p>	<p>5.1 Nivel Individual: Inicio de investigación epidemiológica en los casos sospechosos para localizar el foco. Las investigaciones deben centrarse en el área donde se detectó el caso sospechoso, con búsqueda activa de otros casos. Evitar el contacto de mosquitos con el paciente por lo menos durante 5 días desde el comienzo de la enfermedad, por medio de mosquiteros, repelentes, mallas metálicas. Nivel comunitario: Vacunación de bloqueo con vacuna antiamarilica según Normas del TAG. Para el rápido inicio de las acciones en terreno en forma conjunta con responsables de saneamiento, control de vectores, veterinaria, personal de parques nacionales. Información, educación y comunicación en la población sobre la biología del mosquito, el modo de transmisión y los métodos de prevención. Intensificar la vigilancia de los casos febriles en áreas de riesgo potencial y donde se hubiere detectado un caso sospechoso. Intensificar las medidas de control tendientes a eliminar potenciales sitios de reproducción del mosquito mediante la destrucción o inversión de recipientes con agua o aplicación de larvicidas. En caso de epidemia, eliminación de adultos mediante la fumigación. Recordar que el <i>Aedes aegypti</i> no se cría en ríos, lagunas, zanjas naturales, etc. Implementar las medidas de control integrado en conjunto con los Programas Específicos y según las Normas preestablecidas.</p>

	<p>Medidas Internacionales: Los gobiernos deben notificar de manera urgente a la OMS y países vecinos el primer caso importado, transferido o autóctono de fiebre amarilla en una zona sin casos anteriores, como así también los focos de infección descubiertos o reactivados entre vertebrados no humanos. Se deben seguir los procedimientos establecidos en el Reglamento Sanitario Internacional. Los viajeros internacionales a zonas endémicas o áreas con FAS deben vacunarse según las Normas preestablecidas. Consultar a Sanidad de Fronteras.</p>
--	---

	7.4. - LEISHMANIASIS - CIE-10 B55. LEISHMANIASIS CUTÁNEA CIE-10 B55.1, B55.2. LEISHMANIASIS VISCERAL CIE-10 B55.
Justificación	Es un importante problema de salud pública debido a los brotes epidémicos que presenta. La leishmaniasis mucocutánea es una enfermedad endémica en 72 países del mundo y se calcula que anualmente se producen 1.500.000 casos nuevos. En América se conocen dos formas clínicas de leishmaniasis, la cutánea o tegumentaria y la visceral. En Argentina sólo se ha diagnosticado parasitológicamente leishmaniasis mucocutánea. Presenta manifestaciones cutánea en la primoinfección y lesión mucosa en aproximadamente el 20% de los casos cutáneos no tratados, luego de un período asintomático de 15 años o más. La vigilancia es de fundamental importancia para realizar la detección precoz y el tratamiento oportuno de la primoinfección y evitar el compromiso de las mucosas que constituyen la forma grave de la enfermedad. La leishmaniasis visceral, es una enfermedad endémica en 61 países del mundo y se calcula que anualmente se producen 500.000 de casos nuevos. Es la forma más grave de la leishmaniasis, ya que si no se trata lleva a la muerte. Hasta la actualidad, en nuestro país, solo se describieron algunos pocos casos clínicos sin haberse aislado el parásito responsable de esta forma clínica.
Descripción	Leishmaniosis cutánea: Pueden presentarse como leishmaniasis cutánea localizada, o difusa. En las formas localizadas la lesión se caracteriza como una úlcera de bordes elevados, en general indolora, de fondo granuloso que puede o no tener un exudado en su fondo. Afecta principalmente las cavidades nasales, luego la faringe, laringe y la cavidad bucal Leishmaniasis visceral: Se caracteriza por fiebre de larga duración, que tiene comienzo gradual o repentino, hepatoesplenomegalia, linfadenopatía, anemia, leucopenia, trombocitopenia, anorexia, pérdida de peso y caquexia, debilidad progresiva. Sin tratamiento este cuadro lleva a la muerte en 1 o 2 años luego de la aparición de los síntomas.
Agente	Hay diferentes subgéneros y especies de Leishmania. En Argentina la especie habitualmente encontrada es <i>L. Braziliensis</i> perteneciente al subgénero <i>Viannia</i> agente de la leishmaniosis cutánea - mucocutánea. Vector: insectos dípteros. En Argentina el principal flebótomo implicado es la <i>Lutzomyia</i>
Transmisión	Las leishmaniasis cutánea y visceral se contraen a través de la picadura de diversas especies de flebótomos. Los parásitos se desarrollan y multiplican en el intestino del flebótomo y en un plazo de 8 a 20 días, según condiciones de temperatura y sistema huésped-vector. Surgen parásitos infectantes ingresando por el sitio de la picadura.
Reservorio	Variable según la localidad y la especie de leishmania; los huéspedes más comunes son los roedores salvajes, edentados (perezosos), marsupiales y carnívoros (Canidae). Los perros domésticos son reservorio para leishmaniasis visceral. En muchas zonas como en la Argentina, se desconocen los reservorios, siendo el hombre, cánidos y equinos huéspedes accidentales con manifestación clínica.
Incubación	Para la leishmaniasis cutánea, en promedio 1 mes, pudiendo ser tan corto como 2 semanas o tan largo como 6 a 12 meses. Para la leishmaniasis visceral, variable de 10 días a 24 meses, con una media de 2 a 4 meses pudiendo extenderse hasta varios años.
Transmisibilidad	En el caso de reservorios comprobados con manifestación clínica cutánea la capacidad infectante persiste para los flebótomos mientras haya parásitos en las lesiones, que cuando éstas no se tratan es de unos meses a 2 años
Distribución	Es de distribución mundial. En el continente Americano, puede observarse desde el sur de los Estados Unidos y hasta el norte de Argentina. En nuestro país el área endémica abarca regiones en las provincias de Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero, Chaco, Catamarca, Corrientes, Misiones y Formosa. En Argentina actualmente no se notifican casos de leishmaniosis visceral. Los cambios ambientales relacionados con migraciones a áreas boscosas y rurales, o desde ellas a zonas periurbanas boscosas se vinculan con la aparición de epidemias. Las grandes epidemias de esta forma de leishmaniosis americana generalmente se relacionan con la zona o el trabajo de deforestación, cambios ambientales o actividades relacionadas al monte como pesca, explotación de petróleo, etc.

Definición de caso	<p>Caso sospechoso: Antecedente epidemiológico más pápula que se agranda y torna forma de úlcera indolora</p> <p>Criterios para lesiones activas: La lesión no fue causada por traumatismo, lleva más de dos semanas sin curar, es una úlcera redonda u ovalada, tiene los bordes elevados, es un nódulo o una verruga, hay adenopatía regional, lesiones que no responden a terapia antibiótica.</p> <p>La expresión clínica puede ser: Típica (5 o más criterios); Sospechosa (3 o 4 criterios) y Atípica (menos de 3 criterios).</p> <p>Caso confirmado: es un caso sospechoso mas el diagnóstico por laboratorio (ver Capítulo IV, toma de muestra, página...).</p> <p>Diagnóstico: Los criterios de laboratorio para el diagnóstico de leishmaniasis cutánea son:</p> <p>Parasitología positiva (tinción de frotis. Sensibilidad hasta 60%) Confirmatorio.</p> <p>Anatomía patológica de la lesión con presencia de amastigotes. Confirmatorio.</p> <p>Parasitología positiva por amplificación. Cultivo in vitro o cultivo in vivo (inoculación de hamsters). Confirmatorio.</p> <p>Intradermoreacción de Montenegro, como medida complementaria. Puede utilizarse como confirmatoria para casos presuntivos que no residen en zona endémica.</p> <p>Nota: Hasta la actualidad no se puede realizar serología porque cruza con la enfermedad de Chagas.</p> <p>Leishmaniosis visceral:</p> <p>Sospechoso: toda persona que proviene de un área endémica o de otra donde esté ocurriendo un brote y presenta fiebre de más de 2 semanas de duración, con o sin otras manifestaciones clínicas.</p> <p>Confirmado: toda persona que presenta signos clínicos con confirmación serológica o confirmación parasitológica del diagnóstico. Parasitología positiva (tinción de frotis de médula ósea, bazo, hígado, ganglio linfático, sangre o cultivo del microorganismo de una biopsia o material aspirado)</p> <p>Serología positiva (IFA, ELISA)</p>
Modalidad de vigilancia	<p>Las notificaciones al sistema deben hacerse a través de la planilla C2, semanal, individualizada. La Ficha específica debe ser remitida al programa específico de nivel provincial.</p> <p>Cuando existe una coinfección por leishmania y HIV, se recomienda la vigilancia centinela por hospitales, laboratorios o ambos.</p> <p>En caso de brote comunicarse con los referentes para coordinar con personal local el estudio específico.</p>
Medidas de control	<p>Nivel Individual:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inicio de investigación epidemiológica en los casos sospechosos para localizar el foco y determinar el ciclo de transmisión local. -Protección personal (utilizar ropa, evitar horas y sitios de alta transmisión) <p>Nivel comunitario:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Información, educación y comunicación en la población sobre el modo de transmisión y los métodos de prevención. -Identificación de los sitios y horas de mayor transmisión, ayudar a la detección de casos sospechosos, desaconsejar las actividades recreacionales en dichos sitios, coordinar con empresas privadas las actividades laborales de riesgo, y programar las actividades comunales (desmalezamiento, canalización, etc.) a fin de evitar realizarlas durante las épocas de mayor transmisión. Mantener el terreno alrededor de la vivienda, libre de malezas.

	7.5. - PALUDISMO (Malaria) CIE-10 B50-B54.
Justificación	<p>Es la enfermedad parasitaria más importante de todo el mundo, con morbilidad y mortalidad altas; produce entre 1 y 3 millones de muertes cada año.</p> <p>A pesar de los esfuerzos para erradicarla, en muchas áreas tropicales se ha reactivado. La probable extensión del área en riesgo por el cambio climático global, la resistencia de los vectores a los insecticidas y la farmacoresistencia son aspectos del paludismo que se han vuelto un problema creciente en toda el área endémica.</p> <p>En niños y adultos no tratados la tasa de letalidad excede el 10%. Esta tasa está relacionada con la especie de parásito y la historia de la localidad, siendo más alta en aquellas donde las epidemias no tienen antecedentes de endemia previa (inmunidad parcial)</p> <p>Las medidas de control exitosas dependen del diagnóstico y tratamiento tempranos, la planificación y ejecución de medidas preventivas selectivas y sostenibles y la prevención de epidemias.</p>
Descripción	<p>Enfermedad parasitaria que puede presentarse en cuatro formas clínicas en el ser humano, indiferenciables por los síntomas sin estudios de laboratorio.</p> <p>Las características de la fiebre y el cuadro de los primeros días puede ser muy variado y comenzar con una sensación de incomodidad, cefalea ocasional, náuseas, vómitos, astenia, fatiga, anorexia.</p> <p>El ataque agudo de paludismo se caracteriza por un conjunto de paroxismos febriles que comprenden períodos sucesivos de frío, calor, sudor y fiebre. La duración del ataque primario varía desde 1 semana hasta 1 mes o más. Las recaídas después de períodos sin parasitemia son frecuentes y pueden surgir a intervalos regulares incluso por años. Los ciclos febriles dependen de la especie de parásito involucrado.</p> <p>Toda la población de nuestro país es susceptible al parásito. En el caso de la infección por <i>P. Falciparum</i>, la infección puede conducir al coma, convulsiones generalizadas, hiperparasitemia, anemia normocítica trastorno ácido – base, insuficiencia renal, choque circulatorio, hemorragia espontánea, edema pulmonar y muerte.</p> <p>En el caso de <i>Plasmodium vivax</i> el tratamiento es ambulatorio.</p>
Agente	<p>Formas esporozarias de los parásitos de <i>Plasmodium vivax</i>, <i>P.malariae</i>, <i>P.falciparum</i> y <i>P.ovale</i>. En nuestro país el 100% de las infecciones son producidas por <i>P.vivax</i>, transmitido por <i>Anopheles pseudopunctipennis</i> en el Noroeste (NOA) y <i>A.darlingi</i> en el Noreste (NEA).</p>
Transmisión	<p>Por las picaduras infectantes de hembras del género <i>Anopheles</i>. Las especies anofelinas en general se alimentan al atardecer y en las primeras horas de la noche, con períodos máximos de picadura cerca de la medianoche o durante las primeras horas de la mañana para ciertos vectores.</p> <p>El ciclo sexual del parásito transcurre en la pared externa del estómago del mosquito en un lapso de entre 8 a 35 días; luego maduran en las glándulas salivales desde donde se inyectan a una persona cada vez que el mosquito se alimenta de sangre.</p>
Reservorio	<p>Los seres humanos son el único reservorio vertebrado importante para el paludismo humano.</p>
Incubación	<p>Depende del parásito infectante, para el <i>P. Vivax</i> y el <i>P. ovale</i> de 8 a 14 días entre la picadura y la aparición de los síntomas, para el <i>P. Falciparum</i> es de 7 a 14 días y para el <i>P. malariae</i> de 7 a 30 días.</p>
Transmisibilidad	<p>Los mosquitos se infectan al ingerir sangre con la forma gametocíticas del parásito. Los pacientes no tratados o insuficientemente tratados pueden ser fuente de infección para los mosquitos de 1 a 2 años en el caso de <i>P. vivax</i> y no más de 1 año para <i>P. falciparum</i>.</p>
Distribución	<p>En Argentina las áreas maláricas se corresponden con las zonas rurales selváticas y húmedas del Noroeste (NOA) (Salta y Jujuy) y del Noreste (NEA) (Misiones y Corrientes).</p>
Definición de caso	<p>Caso Sospechoso: toda persona que presenta conjunto de paroxismos febriles que comprenden períodos sucesivos de frío, calor, sudor y fiebre y sea residente o visitante a una región endémica.</p> <p>Confirmado: todo paciente sospechoso que tenga detección de parásitos palúdicos en frotis de sangre. Gota gruesa (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133).</p> <p>Paludismo autóctono: es un caso que adquirió la enfermedad en un área, región o país.</p>

	<p>Paludismo importado: es un caso donde la infección fue adquirida fuera del área donde se encontró, implicando que el origen puede ser un área conocida de paludismo.</p>
Modalidad de vigilancia	<p>Notificación al sistema por planilla C2, semanal, numérica</p> <p>Otros estudios: el Programa específico realiza otros tipos de vigilancia como la entomológica; se recomienda especialmente el monitoreo de los anofelinos en el país para actualizar el conocimiento de las especies potencialmente transmisoras de esta enfermedad, identificar repertorio de especies presentes y tasas de infección (ooquistes y glándulas salivales). Encuestas de supervisión y readiestramiento, uso de medicamentos antipalúdicos.</p>
Medidas de control	<p>Nivel Individual: reducción del riesgo de picaduras de mosquito, permanencia en sitios a prueba de mosquitos, medidas de protección personal con los mosquitos. En pacientes hospitalizados precauciones respecto a la sangre. Inicio de investigación epidemiológica en los casos sospechosos para localizar la fuente de infección o de exposición previa. Si surgen antecedentes de haber compartido agujas, investigar a todos los que la compartieron. En caso de paludismo postransfusional, investigar a los dadores de sangre. Tratamiento específico según Normas del Programa Nacional de Control de Vectores.</p> <p>Nivel comunitario: Información, educación y comunicación en la población sobre la biología básica del mosquito, el modo de transmisión y los métodos de prevención. Intensificar las medidas de control tendientes a eliminar potenciales sitios de reproducción del mosquito, como el relleno y drenaje de charcos. Programar en forma racional las medidas comunitarias que puedan modificar la población de anofelinos en zona endémica (ingeniería de acequias, embalses, etc) Uso de telas o mallas metálicas y mosquiteros para prevenir el contacto con los anofelinos. Intensificar la vigilancia de los casos febriles en áreas de riesgo potencial y donde se hubiere detectado un caso sospechoso e implementar la quimioterapia según normas. Implementar las medidas de control integrado como rociamiento de viviendas en conjunto con los Programas Específicos y según las Normas preestablecidas. Control de bancos de sangre. Viajeros a zonas endémicas, se recomienda quimioprofilaxis según Normas.</p> <p>Medidas Internacionales: Los gobiernos deben notificar dos veces al año a la OMS. Desinsectación de aviones, barcos y otros vehículos provenientes de áreas endémicas al llegar a destino, según Normas.</p>

8. - ENFERMEDADES ZONÓTICAS

- 8. 1.- Brucelosis. Pág. 101.**
- 8. 2.- Carbunco. Pág. 103.**
- 8. 3.- Fiebre Hemorrágica Argentina. Pág. 104.**
- 8. 4.- Hantavirus (Síndrome Pulmonar). Pág. 106.**
- 8. 5.- Hidatidosis. Pág. 108.**
- 8. 6.- Leptospirosis. Pág. 110.**
- 8. 7.- Psitacosis. Pág. 111.**
- 8. 8.- Rabia. Pág. 112.**

	8.1. - BRUCELOSIS CIE10: A23
Justificación	<p>Es una de las zoonosis de mayor difusión en el mundo en seres humanos y animales domesticados.</p> <p>La enfermedad se adquiere por el contacto directo por vía cutánea o por aerosoles procedente de sangre, placenta, fetos o secreciones uterinas o por el consumo de productos de origen animal infectados, crudos o mal cocidos (leche, productos lácteos y cárnicos incluyendo embutidos). Se considera una enfermedad profesional en ganaderos, veterinarios y otras profesiones expuestas. Por afectar la salud pública y la economía ganadera generando pérdidas económicas de importancia, la brucelosis tiene una gran repercusión mundial. El control de la enfermedad se centraliza en la prevención de la infección humana mediante el control de la brucelosis animal (vacunación, pasteurización de lácteos).</p>
Descripción	<p>Es una enfermedad bacteriana sistémica que tiene dos formas de presentación, la forma aguda de comienzo brusco o insidioso caracterizada por fiebre continua, intermitente o irregular de duración variable, cefalalgia, debilidad, sudor profuso, escalofríos, artralgias, depresión, pérdida de peso y malestar generalizado .</p> <p>La forma crónica puede hacer un brote agudo con los mismos síntomas de la forma aguda pero más intensos; en forma de secuelas y en la forma crónica clásica. A veces surgen infecciones supurativas de órganos, incluidos el hígado y el bazo; se han señalado cuadros subclínicos o infecciones crónicas localizadas, osteoarticulares y neurológicas. La enfermedad puede durar días, meses o años , si no se trata adecuadamente.</p> <p>Las complicaciones osteoarticulares se observan en 20 a 60% de los casos; la manifestación articular más común es la sacroilitis. Se han notificado afecciones genitourinarias en 2 a 20% de los casos, de las cuales las formas más comunes son la orquitis y la epididimitis. La recuperación es la regla, pero la incapacidad suele ser intensa. Sin tratamiento, la tasa de letalidad es de menos de 2% y, por lo común, es consecuencia de la endocarditis causada por infecciones por <i>Brucella melitensis</i>. Parte o la totalidad del síndrome original puede reaparecer en las recidivas.</p>
Agente	<i>Brucella abortus</i> , biovar 1-6 y 9; <i>B. melitensis</i> , biovar 1-3; <i>B. suis</i> , biovar 1-5; <i>B. Canis</i>
Transmisión	<p>Por contacto con tejidos, sangre, orina, secreciones vaginales fetos abortados y en especial placenta (por abrasiones en la piel), por ingestión de leche cruda o productos lácteos (queso) mal cocidos provenientes de animales infectados y por vía aerógena.</p> <p>La infección puede transmitirse a los animales por medio del aire en corrales y establos, y también a los humanos en laboratorios y mataderos. Un pequeño número de casos es consecuencia de auto inoculación accidental de vacuna de <i>Brucella</i> de la cepa I 9, y existe el mismo riesgo cuando se manipula la vacuna Rev- 1, ambas de uso en medicina veterinaria. No hay pruebas que se transmita de una persona a otra.</p>
Reservorio	Los reservorios de la infección humana lo constituyen especies domésticas de ganado vacuno, porcino, caprino y ovino. Pueden afectar a bisontes, alces, caribúes, algunas especies de ciervos y de animales silvestres (liebre, etc.). <i>B. canis</i> constituye un problema ocasional en colonias caninas para laboratorio y en perreras.
Incubación	Es muy variable y difícil de precisar; suele ser de 5 a 60 días, a veces es de varios meses.
Transmisibilidad	Los animales infectados son fuente de contagio para el ser humano, siendo eliminadores de brucela de por vida
Distribución	Distribución Mundial. En la Argentina la distribución geográfica varía ya que el reservorio natural de la <i>B. melitensis</i> , la más antigénica y de mayor patogenicidad, se encuentra en el ganado caprino en el centro y el oeste del país; en tanto que la <i>B. suis</i> y <i>B. abortis</i> tiene mayor incidencia en el ganado vacuno y porcino en la región pampeana y mesopotámica.
Definición de caso	<p>3.1.- Caso sospechoso - Síndrome febril inespecífico generalmente con transpiración profusa, fatiga, anorexia, pérdida de peso, cefalea, artralgia y dolor generalizado, vinculado epidemiológicamente a contacto ocupacional con animales o consumo de productos de origen animal contaminados.</p> <p>3.2.- Caso confirmado – Caso sospechoso que es confirmado en laboratorio.</p> <p>3.3.- Criterios de laboratorio para el diagnóstico.</p>

	Aislamiento de Brucella spp. Del espécimen clínico (hemocultivo o mielocultivo) Seroconversión demostrada por pruebas de aglutinación estándar (SAT o SAP) o por otras pruebas que permiten la detección de anticuerpos IgG específicos en suero de paciente (prueba de 2 mercaptoetanol, fijación de complemento, ELISA, etc.)
Modalidad de vigilancia	Planilla C2 . Semanal, individualizada del caso agudo.
Medidas de control	Nivel individual: desinfección concurrente de las infecciones purulentas. Investigación de contactos y fuentes de infección. En personal expuesto, protección individual. Nivel comunitario: El control de la Brucelosis humana depende de las medidas de control de la enfermedad en los animales domésticos. Educación a la población general para evitar consumo de lácteos no pasteurizados Tratamiento adecuado de alimentos. Intensificar controles de saneamiento. Para población expuesta -veterinarios, granjeros, trabajadores de industria cárnica educación respecto a la naturaleza de la enfermedad y riesgo de manipulación. Estudios serológicos periódicos para la detección temprana de casos subclínicos y tratamiento y evitar cronicidad en el ganado.
Medidas Especiales	Inmunización y control de la infección en el ganado por detección mediante pruebas serológicas de animales infectados promoviendo su eliminación. En caso de epidemia: Búsqueda del vehículo común de infección. Coordinación con SENASA para el control del ganado. Coordinar el control sanitario del ganado caprino.

	8.2. - CARBUNCO CIE10: A22
Justificación	El Carbunco es una zoonosis difundida, transmitida por animales domésticos (ganado bovino, ovino y caprino, búfalos, cerdos y otros) a los seres humanos por contacto directo o a través de productos de origen animal. El carbunco humano es un grave problema en varios países y puede causar brotes explosivos, especialmente de la forma intestinal. El carbunco tiene graves repercusiones en el comercio de productos de origen animal. La vigilancia es importante para los programas de control, para detectar brotes e intervenir en el tratamiento de casos humanos y limitar el brote animal.
Descripción	Enfermedad bacteriana aguda que por lo general ataca la piel, y que muy rara vez afecta la bucofaringe, las vías respiratorias inferiores, el mediastino o las vías intestinales. En el carbunco cutáneo aparece en la región de inoculación una pápula elevada que en 48 hs. se transforma en una lesión ulcerativa no supurativa rodeada de una corona de vesículas. La lesión progresa a una escara negra, de base necrótica, que asienta sobre tejido edematoso. El edema es blando, pastoso, indoloro, signo de Gener negativo, con una extensión que dependerá de la región donde asienta la lesión. Es importante recalcar el carácter indoloro y no supurativo de las lesiones descriptas. Existe un cuadro sistémico (fiebre, astenia, escalofríos, quebrantamiento) cuya intensidad dependerá de la forma clínica y virulencia del microorganismo.
Agente	Agente infeccioso- <i>Bacillus anthracis</i> , un bacilo no móvil, gram positivo encapsulado, formador de esporas de alta resistencia y permanencia en el medio ambiente.
Transmisión	La infección de la piel se produce por contacto con tejidos de animales que han muerto de la enfermedad, por pelo, lana o cueros contaminados o por productos hechos con ellos como tambores, cepillos, etc. Los objetos y el suelo contaminados por esporas pueden permanecer infectantes durante decenios.
Reservorio	El reservorio comprende animales normalmente herbívoros, domésticos y salvajes, que expulsan los bacilos en las hemorragias terminales o riegan sangre al morir. La piel y los cueros secos o procesados de otras formas provenientes de animales infectados pueden albergar las esporas durante años, y son los fomites que transmiten la infección a nivel mundial. En nuestro país se relaciona en general con bovinos y secundariamente con otros animales de cría.
Incubación	De varias horas a 7 días; muchos casos se manifiestan en el término de 48 hs. del contacto.
Distribución	La infección en humanos es poco frecuente y más bien esporádica en casi todos los países industrializados. El carbunco humano es endémico en las regiones agrícolas del mundo en que es común el carbunco de los animales, incluso en países de América del Sur y Central, Europa oriental y meridional, Asia y África. Estudios realizados entre 1977/1994 en el 25.5% de los partidos de la provincia de Buenos Aires (28% población bovina de la provincia) sobre 1439 medulocultivos se identificaron 216 muestras positivas (15.01%).
Definición de caso	Caso sospechoso: Caso que es compatible con la descripción clínica y tiene antecedentes epidemiológico de contactos con casos confirmados o presuntos en animales o con productos de origen animal contaminados. Caso confirmado: Caso sospechoso con confirmación de laboratorio. Criterios de laboratorio para el diagnóstico. 1 -Frotis de exudado de pústula, o tomado bajo de la escara o de exudado de edema. 2 Cultivo de los materiales anteriores y hemocultivos. La negatividad de 1) y 2) no excluye el diagnóstico.
Modalidad de vigilancia	Notificación inmediata de casos por ficha individual al sector de salud pública y al sector de la salud animal. Vigilancia de rutina, en particular de grupos de riesgo (por ejemplo, trabajadores de mataderos, peones de campo, veterinarios).
Medidas de control	Nivel individual: Educación sobre modos de transmisión y medidas de prevención. Consulta precoz para acceder al tratamiento específico. Nivel comunitario: Vacunación de los animales a riesgo. Tratamiento y posterior vacunación de los animales sintomáticos. Aplicación de medidas de control en la elaboración de productos y subproductos de origen animal.

8.3. - FIEBRE HEMORRÁGICA ARGENTINA	
Justificación	<p>La vigilancia de la Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) se justifica para identificar las áreas de riesgo, para reducir la letalidad mediante el uso del tratamiento específico, y para orientar las acciones de prevención, incluyendo la vacunación.</p> <p>Desde la emergencia de la FHA en la década de 1950, el área endémica de la enfermedad se ha extendido progresivamente desde 15.000 Km² a más de 150.000 Km². La población a riesgo se ha incrementado desde 270.000 a 5.000.000 de personas y los estudios en reservorios indican que podría haber nuevas extensiones, con la posibilidad de reemergencia de la enfermedad en áreas donde no se han registrado casos en los últimos 15 años.</p> <p>La tasa de letalidad de la FHA sin tratamiento puede ser de hasta un 30%. El tratamiento específico con plasma inmune en dosis estandarizadas de anticuerpos neutralizantes reduce la letalidad a menos del 1% si se transfunde en la primera semana desde el inicio de los síntomas, pero es ineficaz luego de los 8 días de enfermedad.</p> <p>La vacuna a virus Junín vivo atenuado Candid #1 tiene una eficacia del 95%. La persistencia de anticuerpos específicos se ha corroborado hasta los 10 años en más del 90% de los receptores. Esta vacuna es aplicada actualmente a población adulta a mayor riesgo. La futura disponibilidad de vacuna Candid #1 en las cantidades necesarias para cubrir a toda la población a riesgo permitirá ampliar las coberturas de vacunación.</p> <p>La FHA es una enfermedad de notificación nacional obligatoria (Ley 15.465).</p>
Descripción	<p>Enfermedad viral aguda grave de carácter sistémico, con duración de una a dos semanas, que presenta cuadros clínicos de gravedad variable, desde formas leves a formas graves preferentemente neurológicas, hemorrágicas o mixtas. El comienzo de la enfermedad es insidioso e inespecífico, con decaimiento, cefalea e hipertermia moderada. Con el avance de la enfermedad se agregan mialgias, lumbalgias, artralgias, dolor retroocular, epigastralgia, mareos, náuseas y vómitos. En caso de haber hemorragias, éstas se limitan a epistaxis o gingivorragias leves. Es prácticamente constante la ausencia de tos productiva o congestión nasal. Durante la primera semana de la enfermedad el examen físico revela un exantema eritematoso en cara, cuello y parte superior del tronco generalmente con petequias aisladas o en forma de pequeños ramilletes. Se observa también inyección conjuntival y edema periorbitario. Las encías suelen sangrar a la presión. Son frecuentes las gingivorragias o epistaxis espontáneas. El enantema bucofaríngeo se caracteriza por un aumento en la red vascular del paladar blando y de la faringe, con petequias y microvesículas. Los signos neurológicos son frecuentes: irritabilidad, somnolencia, temblor fino, ataxia moderada, hiperestesia cutánea, hipotonía muscular e hiporreflexia o arreflexia osteotendinosa. En las mujeres es casi constante la presencia de metrorragia. Durante la segunda semana de la enfermedad comienza la mejoría en el 70 a 80% de los enfermos. En el 20-30% restante se presentan manifestaciones hemorrágicas o neurológicas severas, shock o complicaciones bacterianas.</p>
Agente	Virus Junín (JUN), virus a RNA perteneciente a la familia Arenaviridae y dentro de ella al denominado Complejo Tacaribe o Virus del Nuevo Mundo.
Transmisión	Todos los arenavirus patógenos para el hombre se mantienen en la naturaleza infectando crónicamente a diferentes especies de roedores. El virus eliminado por los roedores infectados es transmitido al hombre por inhalación a través de aerosoles o penetra a través de pequeñas heridas de la piel o mucosas. Usualmente no existe transmisión del virus de persona a persona, a pesar de que en casos de contacto íntimo esta transmisión puede ocurrir.
Reservorio	El reservorio natural del JUN es el roedor silvestre <i>Calomys musculinus</i> (Sigmodontinae, Muridae), conocido comúnmente como ratón maicero.
Incubación	6 a 14 días, con un rango de 4 a 21 días.
Transmisibilidad	Se pueden registrar casos de FHA durante todos los meses del año, pero los brotes estacionales ocurren durante el otoño e invierno, con un pico en el mes de Mayo. En este período es cuando se registran las máximas densidades anuales de roedores, coincidiendo con un período de intensa actividad laboral en el campo. Los roedores infectados pueden eliminar crónicamente el virus con sus secreciones y excretas. Los humanos tienen viremia durante todo el período febril, y el virus se ha aislado de orina, saliva y de leche materna durante la fase aguda.
Distribución	El área endémica de la enfermedad abarca el norte de la provincia de Buenos Aires, sur de Santa Fe, sureste de Córdoba y noreste de La Pampa.

Definición de caso	<p>Dentro del área endémica de la FHA y fuera del área endémica en pacientes que hayan visitado la región en las 3 semanas previas al inicio de síntomas se considera:</p> <p>Caso sospechoso: paciente con síndrome febril inespecífico, que presente recuentos de glóbulos blancos < 4.000/mm³ y recuento de plaquetas < 100.000/mm³.</p> <p>Caso confirmado: el que presenta confirmación de laboratorio de infección por JUN por alguno de los siguientes criterios: 1) serología (seroconversión por técnica de ELISA y/o neutralización) ; 2) aislamiento de JUN de sangre y/o órganos; 3) detección de secuencias genómicas de JUN en sangre y/o órganos mediante reacción en cadena de polimerasa (RT-PCR) (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133).</p> <p>Para la confirmación de caso es imprescindible disponer de: En el período agudo, muestras de sangre entera, suero y coágulo, que deben ser obtenidas antes de tratar al enfermo con plasma inmune. Durante la convalecencia (alrededor de 60 días), una o más muestras de suero</p>
Modalidad de vigilancia	<p>Notificación inmediata e individual del caso sospechoso, por ficha específica al Centro de FHA más cercana. La ficha debe adjuntarse a la solicitud de plasma inmune para el tratamiento de la FHA y debe estar acompañada de una muestra de suero y coágulo del paciente, que servirá para el diagnóstico etiológico.</p>
Medidas de control	<p>Nivel individual: Toma de muestras para diagnóstico etiológico de acuerdo a normas. Tratamiento específico temprano Vacunación con la vacuna Candid #1 contra la FHA (en esta etapa restringida a población a más alto riesgo por las cantidades limitadas de vacuna disponibles). Control de roedores en ámbitos domésticos y peridomésticos.</p> <p>Nivel comunitario: Educación de la población sobre modo de transmisión, métodos de prevención, consulta y tratamiento temprano. El control de los roedores reservorio del JUN no es practicable en el medio silvestre, aunque debe promoverse la protección de los predadores naturales. Sin embargo, deben aplicarse medidas de control de roedores en los pueblos y ciudades, según las normas aconsejadas por el Programa.</p> <p>Aspectos especiales: La vigilancia de la actividad del JUN en sus roedores reservorios es fundamental para la identificación de áreas geográficas de riesgo de infección y cobra mayor importancia a medida que se avanza en el control de la enfermedad mediante la vacunación con Candid #1. Esta vigilancia permitiría anticipar extensiones del área endémica.</p>

	8.4. - HANTAVIRUS - SINDROME PULMONAR CIE10 J12.8
Justificación	Los hantavirus infectan distintas especies de roedores en todo el mundo. En Europa y Asia, las infecciones humanas que producen se presentan bajo la forma clínica de Fiebre Hemorrágica con Síndrome Renal (FHSR), mientras que en América se presentan principalmente como Síndrome Pulmonar por Hantavirus (SPH). En esta región, se justifica la vigilancia del SPH dada la elevada letalidad (de hasta un 50%) y el riesgo de producir brotes. La vigilancia es también fundamental para identificar las zonas de riesgo y los reservorios, para orientar las medidas de control. Se ha documentado un brote de SPH con transmisión interhumana en el sur de Argentina que obliga a una vigilancia en ese sentido.
Descripción	Enfermedad viral aguda grave, caracterizada por una fase prodrómica de corta duración (4 a 6 días) en la que se presentan fiebre, mialgias intensas, astenia, escalofríos, sed, cefalea, y un cuadro gastroentérico con vómitos y diarrea. La enfermedad evoluciona rápidamente a una fase cardiopulmonar, en la que se presenta el distress respiratorio y las severas alteraciones hemodinámicas. La tasa de letalidad es de hasta una 50%. En los sobrevivientes, se constata una fase de convalecencia de restablecimiento lento. Las alteraciones más frecuentes del laboratorio incluyen leucocitosis con desviación a la izquierda, un incremento del hematocrito, presencia de inmunoblastos circulantes, plaquetopenia, aumento de LDH y transaminasas. La Rx. de tórax muestra en la etapa tardía de la fase prodrómica o temprana de la fase cardiopulmonar, infiltrados pulmonares bilaterales, seguido de evidencias de edema pulmonar no cardiogénico.
Agente	Virus RNA , con un genoma trisegmentado, que constituyen un género especial dentro de la familia Bunyaviridae ya que no poseen vector artrópodo. El prototipo del género hantavirus es el virus Hantaan, que produce FHSR en Corea. El primer hantavirus asociado a SPH en los Estados Unidos se denominó Virus Sin Nombre. En Argentina circulan al menos siete genotipos distintos, y cuatro de ellos han sido asociados al SPH : el virus Andes, en el sur, Lechiguanas y Hu39694 en el centro, y Orán en el norte. Además, se han reconocido tres genotipos de roedores, hasta ahora no asociados con enfermedad en humanos: Maciel y Pergamino en la zona central y Bermejo en el norte.
Transmisión	Los hantavirus se mantienen en la naturaleza infectando crónicamente a diferentes especies de roedores. El virus eliminado por los roedores infectados es transmitido al hombre por inhalación a través de aerosoles o penetra a través de pequeñas heridas de la piel o mucosas. La transmisión persona a persona se ha documentado únicamente en un brote en el sur de Argentina, debido al virus Andes.
Reservorio	Los hantavirus infectan a diferentes especies de roedores de la familia Muridae. En Europa y Asia se encuentran asociados a roedores de las subfamilias Murinae y Arvicolinae. En América tienen sus reservorios en roedores indígenas de la subfamilia Sigmodontinae. En Argentina, los reservorios que han sido implicados incluyen : en el norte, <i>Oligoryzomys longicaudatus</i> para el genotipo Orán y <i>O. chacoensis</i> para el Bermejo. En el centro, los reservorios propuestos son <i>O. flavescens</i> para Lechiguanas, <i>Necromys benefactus</i> para Maciel, y <i>Akodon azarae</i> para el genotipo Pergamino. El reservorio del genotipo Hu39694 no se ha identificado aún. En el Sur, el reservorio propuesto para el virus Andes es <i>O. longicaudatus</i> .
Incubación	Generalmente de entre dos a tres semanas, con un rango desde 4 días a 6 semanas.
Transmisibilidad	Se considera que los roedores infectados pueden eliminar el virus por períodos prolongados. Estos aspectos relacionados con la transmisibilidad se encuentran en etapa de investigación.
Distribución	Desde su descripción en los Estados Unidos en 1993, se han identificado casos y brotes aislados de SPH en Canadá, Brasil, Paraguay, Bolivia, Uruguay, Chile y Argentina. En Argentina se han definido tres regiones endémicas, geográfica y ecológicamente diferentes para la enfermedad : norte, que comprende Salta y Jujuy ; centro, que comprende Buenos Aires , Santa Fe y Entre Ríos, y sur, integrada por Neuquen, Río Negro y Chubut. Dada la amplia distribución de los reservorios, existen condiciones para la ocurrencia de la enfermedad en diferentes regiones del país.

Definición de caso	<p><u>Caso sospechoso:</u> Paciente previamente sano, con antecedentes de síndrome gripal : fiebre mayor de 38°C, mialgias, escalofríos, gran astenia, sed y cefalea. Laboratorio general con hematocrito elevado, plaquetopenia, leucocitosis con desviación a la izquierda, linfocitos atípicos y elevación de LDH y transaminasas, seguido de distress respiratorio de etiología no determinada o infiltrados pulmonares bilaterales.</p> <p>Esta definición es válida para áreas donde previamente no se han presentado casos. En zonas endémicas, el diagnóstico debe sospecharse en el período prodrómico.</p> <p><u>Caso confirmado:</u> Iguales características clínicas, con laboratorio específico de confirmación por alguno de los siguientes criterios: 1)serología por ELISA (IgM o seroconversión por IgG); 2) RT- PCR en coágulo y/o órganos; 3) Inmunohistoquímica en órganos de autopsia.</p> <p>Para realizar el diagnóstico confirmatorio se requiere : En el período agudo : muestras de suero y coágulo. Las muestras de autopsia para inmunohistoquímica deberán ser incluidas en parafina o embebidas en formol bufferado. En la convalecencia (30 días) : Muestra de suero (ver Capítulo IV, toma de muestra, página133).</p>
Modalidad de vigilancia	Notificación inmediata, individual, por C2 y ficha específica.
Medidas de control	<p>Nivel individual: Notificación a la autoridad local de salud. Investigación de contacto y fuente de infección, en lo posible detectar presencia de roedores en la vivienda, peridomicilio y/o en lugares de trabajo procediendo al control de los mismos. Tratamiento del caso, que deberá ser asistido en establecimientos hospitalarios, de preferencia con unidades de terapia intensiva que cuenten con asistencia respiratoria. Observación clínica de los contactos (convivientes) del caso. Nota: Para la realización de las actividades de control de roedores y manejo del paciente seguir recomendaciones del Manual de Procedimientos para el Control y Prevención del Hantavirus.</p> <p>Medidas de control comunitario Es deseable educar al público para evitar la exposición a roedores y su presencia en los hogares, incluyendo las medidas apropiadas de control. Otra actividad conveniente es vigilar el número de roedores presente en un área de posible exposición, determinando las especies y las tasas de infección con personal especializado. El control de roedores no es practicable en el medio silvestre, sin embargo debe aplicarse en pueblos y ciudades según las normas aconsejadas por el programa.</p>

	8.5. - HIDATIDOSIS CIE10 B67.0 – 67.4
Justificación	La Hidatidosis es una zoonosis parasitaria que es causada por un céstode, el <i>Echinococcus granulosus</i> , cuyo ciclo complejo involucra a animales de interés económico y de trabajo, al hombre y al ambiente. Esta zoonosis repercute en la salud humana de pobladores de áreas endémicas generando un elevado costo económico para los servicios de salud. En Sudamérica se notifican 2000 casos anuales en 5 países del cono sur.
Descripción	La hidatidosis es una enfermedad que se caracteriza por la formación de quistes (estado larvario del parásito), los que se localizan más frecuentemente en hígado y pulmón, pudiendo aparecer en otros órganos (riñón, cerebro, corazón, hueso músculos, etc.). Su forma típica es esférica, de pared gruesa y uniloculares. No se conoce con exactitud su ritmo de crecimiento, pero pueden alcanzar gran tamaño. Las infecciones suelen ser asintomáticas y las manifestaciones clínicas aparecen como consecuencia del efecto expansivo del quiste, que ejerce presión sobre el órgano en que se localiza interfiriendo en su función, influye la localización, diámetro y números de quistes. Otras manifestaciones pueden surgir como consecuencia de la rotura del quiste, con derrame de su contenido lo que ocasiona liberación de protoescólices originando quistes hijos; en éstos casos las personas pueden sufrir shock anafiláctico que le ocasiona la muerte o síntomas alérgicos atenuados, como náuseas y urticarias.
Agente	El agente causal es un céstode, el <i>Echinococcus granulosus</i> .
Transmisión	La infección en los humanos se produce transferencia de huevos del parásito de las manos a la boca, después del contacto con perros infectados o por medio de alimentos, agua, tierra o fomites contaminados. Como huésped definitivo tiene al perro, el que es infectado al ser alimentado con vísceras que contienen quistes infectantes, las que recibe habitualmente del hombre en forma deliberada, o en algunos casos las obtiene de animales muertos que son dejados en el campo. Los parásitos adultos en el intestino delgado del perro producen huevos que contienen embriones infectantes que son expulsados con las heces y sobreviven varios meses contaminando el ambiente.
Reservorio	Los huéspedes definitivos son: el perro doméstico y otros cánidos. Los herbívoros, en particular los ovinos, caprinos, porcinos, bovinos sirven de huésped intermediario.
Incubación	Es variable, de meses a años, dependiendo de la rapidez con que se desarrollen los quistes, del número y su localización.
Transmisibilidad	La transmisión está dada por la ingesta de huevos que el perro comienza a liberar a partir de los 45 días después de su infección.
Distribución	La región patagónica ha sido considerada como el área endémica más importante del país; sin embargo la distribución en Argentina abarca todas las regiones.
Definición de caso	Caso sospechoso: Presencia de masa quística (única ó múltiple) localizada en distintos órganos, frecuentemente hígado o pulmón y asociado con aspectos epidemiológicos de la enfermedad. Caso confirmado: El caso sospechoso confirmado por: a.- Pruebas serológicas, combinando una prueba de alta sensibilidad como ELISA o HAI, y confirmación con DD5 (Doble Difusión con presencia de arco 5) de alta especificidad. b.- Visualización directa de escolex del parásito por eliminación a partir de un quiste y /o quiste roto fistulizado al exterior. c.- Confirmación post-quirúrgica mediante radiografía, ecografía y/o TAC.
Modalidad de vigilancia	La notificación numérica, semanal, por C2. se hará búsqueda sistemática en servicios hospitalarios de cirugía o de diagnóstico por imágenes.
Medidas de control	Individual: Cumplimiento de medidas higiénicas, ya sean personales y sobre los alimentos que se consumen. El peligro que implica la convivencia y el contacto estrecho con los perros enfermos. Control serológico y o ecográfico anual en poblaciones expuesta al riesgo para detección temprana de portadores asintomático. Nivel comunitario: Educar a la población sobre la: - Interrupción del ciclo de transmisión del parásito evitando que los perros consuman vísceras crudas de animales faenados o que quedan muertos en el campo.

	<p>- Eliminación higiénica y segura de las vísceras infectadas. Cumplir con la desparasitación periódica (cada 45 días) de todos los perros, o como lo aconseje las autoridades del Programa. Intensificar los controles de faenamiento en los establecimientos oficiales y privados.</p>
--	---

	8.6. - LEPTOSPIROSIS CIE10 A27
Justificación	<p>La leptospirosis es una zoonosis ampliamente difundida por todo el mundo, que afecta a los animales tanto de sangre fría como caliente. Los mamíferos cumplen un rol importante dentro de la epidemiología en la transmisión hacia los humanos.</p> <p>La enfermedad puede producir brotes con alta tasa de morbilidad y se están reconociendo nuevas formas clínicas de elevada letalidad. La vigilancia sistemática es imprescindible para elaborar estrategias de prevención y control.</p>
Descripción	<p>Fiebre de comienzo repentino, cefalalgia, mialgias intensas, inyección de las conjuntivas. Puede estar acompañado de: ictericia, lesiones renales, meningitis, neumonía con o sin distres, hemorrágicas, uveítis y miocarditis en las formas graves.</p> <p>Esta enfermedad presenta cuadros clínicos variables; desde formas asintomáticas a formas graves de hasta un 20% de letalidad.</p>
Agente	<p>Pertencen al orden de los <i>Spirochaetales</i>. Se reconocen dos especies: las patógenas o Interrogans que afecta a animales y al hombre y las saprófitas o Biflexas que se encuentran en el medio ambiente.</p>
Transmisión	<p>Las leptospiras se eliminan con la orina de los animales infectados contaminando el ambiente.</p> <p>Vías de transmisión: por contacto directo, con orina de animales infectados e indirecto, a través de suelo, agua, materiales contaminados con orina de animales infectados.</p> <p>Las personas y los animales que entran en contacto con las leptospiras pueden infectarse. La puerta de entrada es la piel y/o la mucosa.</p>
Reservorio	<p>Son los animales domésticos y silvestres. Los animales reservorios más importantes son aquellos que no sufren la enfermedad y poseen una leptospiuria (eliminación de leptospiras con la orina), prolongada. Entre ellos los roedores que pueden eliminar las leptospiras durante toda su vida.</p> <p>En áreas urbanas son los roedores y los perros; en áreas rurales, los animales de cría, bovinos, ovinos, porcinos, equinos, caprinos, roedores, perros y animales silvestres.</p> <p>En áreas periurbanas los reservorios pueden ser compartidos.</p>
Incubación	<p>El período de incubación en el hombre es variable, con un promedio de 15 días, entre 4 y 40 días.</p>
Transmisibilidad	<p>Las leptospiras pueden excretarse con la orina durante un mes, pero en humanos y animales se ha observado leptospiuria hasta once meses después de la enfermedad aguda.</p>
Distribución	<p>Las leptospiras es cosmopolita y se la ha aislado en todo el mundo.</p>
Definición de caso	<p>Caso sospechoso: enfermo febril agudo, con cefalea, mialgia, en ausencia de síntomas en vías aéreas superiores, con epidemiología compatible, seguido o no de ictericia, meningitis, nefropatía, neumonía, hemorragias.</p> <p>Caso confirmado: es el caso confirmado por el laboratorio (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133).</p> <p>a) conversión serológica en muestras pareadas con la prueba de aglutinación microscópica (MAT), y/o</p> <p>b) aislamiento de cepa de Leptospira a partir del cultivo en medios especiales de sangre heparinizada, orina.</p> <p>Diagnóstico de laboratorio:</p> <p>Muestras: Sangre heparinizada y orina</p> <p>Conversión serológica</p> <p>Aislamiento y caracterización</p>
Modalidad de vigilancia	<p>Notificación semanal, individualizada, por C2, con estudios de laboratorio. Se deben realizar estudios de brote para pesquisar nuevos casos.</p>
Medidas de control	<p>Individual: educar a la población respecto a los modos de transmisión y a la necesidad de que se evite sumergirse en aguas que puedan estar contaminadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protección adecuada a los trabajadores en riesgo ocupacional. <p>Control de roedores en domicilio y peridomicilio.</p> <p>Comunitarios: identificación de áreas o suelos contaminados y, de ser posible, drenaje de las aguas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En brotes comunitarios evaluar la posibilidad de quimioprofilaxis - Segregación de animales domésticos infectados

	8.7. - PSITACOSIS CIE10 A70
Justificación	Enfermedad prevenible, que puede presentarse en forma de brotes afectando varios individuos con una misma fuente de infección animal. Complicaciones y letalidad se relacionan a idiosincrasia del huésped y demoras en el diagnóstico.
Descripción	Enfermedad zoonótica infecciosa aguda y generalizada en la que interviene un reservorio animal (aves) como fuente de infección, con un cuadro clínico que puede variar entre infección sin enfermedad evidente, enfermedad febril inespecífica y neumonía. La neumonía comienza con un cuadro de afectación general: hipertermia, cefaleas (síntoma constante), decaimiento general, astenia. A las 24 /48 horas aparece tos con expectoración escasa, en general mucosa y viscosa. Otros síntomas y signos son: ictericia, esplenomegalia y alteraciones del sensorio.
Agente	<i>Chlamydia psittaci</i>
Transmisión	Por contacto con secreciones (respiratorias y materia fecal) frescas o secas de animales enfermos, raramente de persona a persona.
Reservorio	Principalmente aves psitáceas (loros, cotorras y papagayos); palomas y aves de corral. En otras regiones, la cría intensiva del pato y del pavo son causa de infección, relacionada con la industrialización de esas carnes. Las aves aparentemente sanas pueden ser portadoras, pero esto no las convierte necesariamente en infectantes, de no mediar condiciones de stress, que ocurren cuando se las somete a situaciones de hacinamiento y transporte, diseminando el agente infeccioso.
Incubación	Período de una a cuatro semanas
Transmisibilidad	Las aves enfermas y las que al parecer están sanas pueden diseminar el agente en forma intermitente y en ocasiones de manera continua, durante semanas o meses.
Distribución	Mundial. A veces surgen brotes en núcleos familiares individuales, en tiendas de mascotas, pajarerías, aviarios y jaulas con diversos pájaros en zoológicos, así como en palomares. Es probable que muchas infecciones pasen inadvertidas.
Definición de caso	Caso sospechoso – Síndrome respiratorio febril agudo con cefalalgia y neumonía precoz con antecedentes epidemiológicos que demuestren contacto o exposición a aves. Caso probable – Caso sospechoso con demostración de anticuerpos por las técnicas de inmunofluorescencia indirecta. Otra técnica es la reacción de fijación de complemento. Valorar los antecedentes clínicos-epidemiológicos del paciente. Caso confirmado – Paciente sospechoso con aislamiento del agente infeccioso del esputo, sangre o tejidos, en laboratorio de alta seguridad.
Modalidad de vigilancia	Notificación inmediata, urgente, por vía telefónica o fax en el nivel individual de caso sospechoso y por Planilla C2 en forma semanal.
Medidas de control	Individual: Diagnóstico y tratamiento temprano de los casos. Quimioprofilaxis: Antibiótico del grupo de las tetraciclinas (500 mg. C/6 hs) durante 10 a 14 días Doxiciclina 200 mg cada 12 hs durante 2 días, luego 100 mg cada 12 hs. hasta completar 10 días Claritromicina, 500 mg cada 12 horas durante 4 días y luego 250 mg cada 12 horas hasta completar 10 días. Si se trata de embarazadas o niños menores de 9 años, se puede utilizar eritromicina. Comunitario: Vigilancia clínica y serológica del grupo familiar y/o personas en igual riesgo Control municipal de sitios de venta de animales y aviarios relacionados a casos de psitacosis y vendedores ambulantes. Hacer respetar la reglamentación vigente en aspectos de captura, transporte de aves y comercialización y prevenir a la población sobre el peligro de compra de psitáceos u otras aves que no tengan quimioprofilaxis realizada por médico veterinario (tratamiento con tetraciclina mínimo 30, máximo 45 días). Al detectar aves sospechosas se deben eutanzar utilizando guantes protectores y, previa desinfección de su cuerpo con fenol al 2%, remitirla en bolsa de plástico hermética refrigerada al laboratorio más próximo para confirmación del diagnóstico en aves.

	8.8. - RABIA HUMANA – ANIMAL CIE-10: A82
Justificación	La vigilancia de la rabia, tanto humana como animal, es esencial para detectar rápidamente zonas de alto riesgo y brotes. La información generada por la vigilancia epidemiológica de la enfermedad tiene una estrecha relación con las actividades de control y prevención de la rabia animal. Un enfoque unilateral (o en el área humano o animal) limita la percepción de los factores determinantes de la enfermedad. Sin duda, un caso de rabia humana significa una falla del sistema de salud.
Descripción	La rabia es una zoonosis transmitida al hombre por la inoculación de virus rábico contenido en la saliva de un animal infectado, principalmente por mordedura. de una letalidad del 100% esta enfermedad es de un alto costo de asistencia preventiva a las personas expuestas a riesgo de enfermar o morir. Pese al amplio conocimiento desde la antigüedad la enfermedad es un problema de Salud Pública de los países en desarrollo, principalmente por la transmisión por perros, gatos y murciélagos en áreas urbanas y la transmisión por animales silvestres (zorro, mapuche, zorrinos y otros en áreas rurales). El virus rábico es neurotrópico y su acción en el sistema nervioso central produce un cuadro clínico de encefalomiелitis aguda. Los síntomas clásicos de la rabia incluyen manifestaciones de hiperexcitabilidad creciente, con fiebre, delirios y espasmos musculares involuntarios generalizados y /o convulsiones que evolucionan a un cuadro de parálisis con alteraciones cardiorrespiratorias, presentación de coma y evolución al óbito en un período de 5 a 7 días.
Agente	Virus rábico perteneciente al género <i>Lyssavirus</i> de la familia <i>Rhabdoviridae</i> Posee un genoma constituido por RNA, uno superficial constituido por una glicoproteína responsable de la formación de anticuerpos neutralizantes, y uno interno, nucleoproteína de grupo específico.
Transmisión	La rabia se transmite por la inoculación de virus contenido en la saliva de un animal infectado principalmente por mordedura y más raramente por rasguño o lamido de mucosas. Se ha informado de casos humanos de transmisión por transplantes de córneas de donantes enfermos de rabia. La vía respiratoria también ha sido mencionada pero su posibilidad es remota. En América Latina es común la transmisión de vampiros infectados a los animales domésticos y al hombre. También se ha atribuido a los murciélagos insectívoros ser transmisores de la enfermedad a otros animales terrestres salvajes o domésticos.
Reservorio	En el ciclo urbano los principales reservorios y fuentes de infección son los perros y los gatos Existen otros reservorios silvestres (cánidos salvajes) como el zorro, coyote, lobo y chacal, como así también otros mamíferos mordedores (mofeta, mapache, mangosta, etc.) En las Américas hay poblaciones infectadas de vampiros y murciélagos frugívoros e insectívoros. Conejos, ardillas, ratas y ratones no son considerados reservorios.
Incubación	Muy variable. Por lo general de 3 a 8 semanas y rara vez hasta 7 años, con una media de 45 días en el hombre y 10 días a 2 meses en el perro. El período de incubación está estrechamente ligado a localización y gravedad de la mordedura, arañazo, etc, del animal infectado, proximidad de troncos nerviosos, distancia al cerebro y cantidad de partículas virales inoculadas.
Transmisibilidad	En perros y gatos la eliminación del virus por saliva comienza 2 a 5 días antes de aparecer los síntomas clínicos y persiste durante toda la evolución de la enfermedad. La muerte del animal ocurre en una media de 5 a 7 días posteriores a la aparición de síntomas. Con relación a los animales silvestres varía con las especies; estudios realizados en quirópteros demuestran que podrían albergar virus por largos períodos sin sintomatología.
Distribución	Mundial, con unas 35.000 a 40.000 defunciones al año, casi todas en los países en desarrollo. La rabia es una enfermedad de animales. En la actualidad, las únicas zonas sin rabia en la población de animales incluyen Australia, Nueva Zelanda, Nueva Guinea, Japón. Hawai, Taiwán, Oceanía, Finlandia, Reino Unido, Islandia, la parte continental de Noruega, Suecia, Portugal, Grecia y algunas de las islas de las Antillas y del Atlántico. La rabia urbana (o canina) es transmitida por perros, en tanto que la forma selvática es una enfermedad de los carnívoros salvajes y de los murciélagos que esporádicamente pasa a perros, gatos y ganado doméstico y al hombre.

Definición de caso	<p>Caso sospechoso de accidente rábico: persona con mordedura o lamedura de mucosa o herida producida por un animal silvestre, perros y gatos imposibles de observar, animales silvestres domesticados (monos, coatí, otros), o por animales sospechosos o rabiosos.</p> <p>. Caso probable: Todo enfermo que presente un cuadro clínico neurológico con antecedentes de exposición a infección por el virus rábico.</p> <p>. Caso confirmado: Es el caso probable en que se demostró virus rábico a través del estudio por laboratorio (aislamiento viral, inmunofluorescencia, PCR) (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133).</p> <p>- Diagnóstico clínico: Se establece cuando un cuadro clínico presenta signos y síntomas característicos de rabia con el antecedente o no de mordedura, rasguño o lamedura de mucosa producida por animal rabioso, murciélagos u otros animales silvestres.</p> <p>- Confirmación por laboratorio: Diagnóstico postmortem: Uno ó mas de los siguientes criterios: Detección de antígeno viral por inmunoflorescencia en muestras del sistema nervioso central (SNC), especialmente tálamo, cerebro medio y la porción superior de la médula espinal. Detección de ácido nucleico del virus de la rabia por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en muestras del SNC. Diagnóstico antemortem: Uno ó más de los siguientes criterios: Detección de antígeno rábico por inmunoflorescencia en muestras de saliva, impresión corneal o inmunofluorescencia en bulbo piloso de la nuca. Detección de antígeno rábico por inmunoflorescencia después de la inoculación de saliva en ratones lactantes o en células de neuroblastoma. Detección de anticuerpos neutralizantes específicos para rabia en el suero y en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de una persona sin vacunar. Detección de ácido nucleico del virus de la rabia por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en muestras de saliva, en impresión corneal o inmunofluorescencia en bulbo piloso de la nuca.</p>
Modalidad de Vigilancia	<p>Vigilancia en la población humana. Vigilancia de la exposición humana a la rabia: se deben investigar de inmediato los pacientes con antecedentes de contacto con animales (mordedura, arañazo o lamedura) considerándolos como casos de urgencia. Los casos sospechosos deben notificarse en forma inmediata.</p> <p>Vigilancia de la población animal Control epizootico: presentación inmediata de un espécimen cerebral del animal sospechoso para el diagnóstico de laboratorio en los casos de exposición humana. Los perros o gatos causa de la exposición humana, deben mantenerse en observación durante 10 días. Se debe iniciar la vigilancia de la rabia animal y enfermedades similares en especies salvajes y domésticas que más probabilidades tengan de ser reservorios de la enfermedad. En provincias donde la enfermedad pueda ser reintroducida, la vigilancia se basa en el laboratorio. Intensificar la búsqueda del virus en cerebro de animales muertos sin diagnóstico y de animales que han cursado encefalitis sospechosa de rabia.</p> <p>Investigación epidemiológica de focos de rabia: investigación de cada foco de rabia, con la identificación de las fuentes de infección, así como los seres humanos y los animales expuestos o posiblemente expuestos.</p>
Medidas de control	<p>Promover las campañas de vacunación antirrábica en animales domésticos a partir del 3º mes de vida. Vigilancia de animales involucrados en accidentes rábicos, vacunación de población expuesta al riesgo (veterinarios y otros).</p> <p>Prevención de rabia posterior a mordeura de animal:</p> <ul style="list-style-type: none"> a- tratamiento de la herida b- inmunización pasiva con inmunoglobulina antirrabica c- vacunación según normas <p>Medidas en caso de focos rabicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a- vacunación de bloqueo en forma indiscriminada de perros y gatos b- captura y eutanasia de perros vagabundos, de perros agredidos por otros perros sin constancia de vacunación reciente (menor de 1 año) c- observación por 180 días de perros vacunados recientemente (menos de 1

	<p>año), agredidos por otros perros.</p> <p>En ambos casos (vigilancia en humanos o animales), se requiere un intercambio rápido de información con servicios a cargo de la vigilancia y el control de la rabia animal.</p>
--	---

9. - OTRAS ENFERMEDADES

- 9. 1.- LEPRO. Pág. 116.**
- 9. 2.- TUBERCULOSIS. Pág. 117.**
- 9. 3.- INFECCIÓN HOSPITALARIAS. Pág. 119.**
- 9. 4.- EMERGENTES Y REEMERGENTES. Pág. 120.**

	9.1. - LEPRAS CIE10 A30
Justificación	La magnitud de la endemia es moderada y la morbilidad global por lepra es baja, comparada con la de otras enfermedades transmisibles. Su importancia como problema de salud pública está dada por las discapacidades físicas y sociales, permanentes y progresivas, que produce de no mediar un diagnóstico precoz y un tratamiento regular y completo.
Descripción	Enfermedad bacteriana crónica, que afecta principalmente la piel y los nervios periféricos. Las formas clínicas más graves pueden comprometer también las mucosas de las vías aéreas superiores y otros órganos (ganglios, hígado, bazo, etc.). Las manifestaciones varían en un espectro continuo, que va desde la lepra lepromatosa hasta la tuberculoide, que constituyen los dos prototipos extremos. Puede manifestarse con un amplio espectro de formas clínicas, desde la lepra indeterminada, con escasas lesiones localizadas y baja concentración bacteriana: forma pausibacilar (PB), hasta la lepra lepromatosa con lesiones generalizadas y una elevada concentración bacilar: forma multibacilar (MB). La lepra puede presentarse a cualquier edad, variando de acuerdo a las características de la endemia en la región, siendo mayor el número de casos a edades más tempranas en zonas de mayor prevalencia.
Agente	<i>Mycobacterium leprae</i> o bacilo de Hansen
Transmisión	El contagio es, fundamentalmente, directo y por contacto o proximidad de una persona susceptible con un enfermo bacilífero no tratado. Las vías respiratorias superiores, a través de la emisión de la palabra y la respiración, constituyen las principales fuentes de contagio. Hay además eliminación de bacilos por soluciones de continuidad de la piel, secreción sebácea, láctea, etc. Se pueden encontrar bacilos viables luego de siete días, en secreciones nasales y provenientes de úlceras. El contacto íntimo y prolongado de una persona susceptible con un paciente bacilífero no tratado, aumenta las posibilidades de contagio.
Reservorio	Humano.
Incubación	El término medio es de dos a cinco años, con cifras extremas desde seis meses a más de veinte años. Su duración aproximada es de 2 a 5 años (Manual de Normas Técnicas de Lepra).
Transmisibilidad	Las pruebas clínicas y de laboratorio sugieren que la infecciosidad desaparece en la mayor parte de los casos en el término de tres meses de tratamiento continuo y regular con dapsona o clofazimina, o en el término de tres días del tratamiento con rifampicina.
Distribución	La lepra en nuestro país se caracteriza por su moderada endemicidad y focalización en ciertas áreas geográficas. Las áreas de mayor endemicidad corresponden a las provincias del noreste (NEA). Capital Federal y Gran Buenos Aires se considera una zona de gran concentración de casos, debido a la sumatoria de los autóctonos más los importados, producto de las migraciones internas y de los países vecinos.
Definición de caso	El diagnóstico clínico se basa en el examen dermatológico, en búsqueda de manchas, nódulos, infiltraciones cutáneas, etc., generalmente con pérdida de la sensibilidad térmica y dolorosa. También en el examen simétrico de troncos nerviosos periféricos: nervios cubitales en los codos, medianos en las muñecas, ciáticos poplíteos externos en la cabeza del peroné, tibiales posteriores en la garganta interna del pie, en búsqueda de hipertrofias, dolor, calambres, hormigueos, pérdida de fuerza, etc. Caso confirmado: La detección de bacilos a través de la escarificación de lesiones de piel e hisopado nasal, y el examen histológico de la piel.
Modalidad de Vigilancia	Notificación por C2, individualizada, semanal. Tiene ficha específica para el Programa Específico.
Medidas de Control	La disponibilidad de medicamentos eficaces para el tratamiento y la eliminación rápida de la infecciosidad, como la rifampicina, han cambiado la terapéutica de los pacientes de lepra, que han pasado del aislamiento social al tratamiento ambulatorio. Preventivas. La educación sanitaria en el paciente y su familia debe destacar la disponibilidad de múltiples medicamentos para el tratamiento y la ausencia de infecciosidad en los pacientes sometidos a tratamiento. Detectar los casos e instaurar tratamiento. Investigación de los contactos y de la fuente de infección. Tratamiento específico: De acuerdo al Manual de Normas Técnicas para Lepra.

	9.2. - TUBERCULOSIS. CIE10 A15 – A19
Justificación	<p>La tuberculosis continúa siendo un importante problema de la salud pública. En el país durante 1996 las veinticuatro jurisdicciones notificaron 13.397 casos de tuberculosis (38.5 por 100.000 habitantes).</p> <p>La coinfección con el HIV produce un aumento considerable del riesgo de enfermar y morir.</p> <p>La detección de los casos y su tratamiento correcto impactan sobre la transmisión, razón por la cual la vigilancia es un componente principal, ya que permite evaluar permanentemente la efectividad de las acciones de control.</p> <p>Cuanto más rápidamente se identifiquen las fuentes de infección, se las trate y cure adecuadamente, disminuye la transmisión. La meningitis tuberculosas es prevenible mediante la vacunación con BCG del recién nacido.</p>
Descripción	La localización muestra que las formas pulmonares constituyen el 84 % y las extrapulmonares el 16%. La proporción de casos nuevos pulmonares que tienen confirmación bacteriológica es de 66.4%.
Agente	<p>Micobacterias del Complejo <i>Mycobacterium tuberculosis</i>.</p> <p>El complejo <i>M. Tuberculosis</i> está constituido por varias especies: <i>M. Tuberculosis</i>, <i>M.bovis</i>, <i>M. Africanum</i>,i. Otras especies de micobacterias pueden producir cuadros semejantes y el diagnóstico diferencial se realiza por cultivo y pruebas de identificación.</p>
Transmisión	<p>La tuberculosis es una enfermedad infecciosa cuya transmisión se produce por vía aérea fundamentalmente, por inhalación de los bacilos, su llegada a los pulmones y su reproducción que son liberados por la tos de enfermos con formas pulmonares infectantes.</p> <p>Si bien los bacilos pueden desarrollar en cualquier órgano, la mayoría de los enfermos presenta localización pulmonar.</p>
Reservorio	Es principalmente el hombre.
Incubación	<p>Producida la primera infección en la mayoría de las personas los mecanismos de defensa son suficientes para frenar el proceso. Sólo alrededor del 10 al 20 % de los infectados tiene riesgo de enfermar durante su vida.</p> <p>En el caso de infectados por HIV el riesgo de enfermar es aproximadamente 10 veces mayor (50%).</p>
Transmisibilidad	La enfermedad se transmite de persona a persona desde el momento en que el enfermo comienza a eliminar bacilos por la tos, hasta que comienza el tratamiento, ya que éste reduce sustancialmente la viabilidad de los bacilos en pocos días.
Distribución	<p>En Argentina se notifican anualmente alrededor de 13.000 casos de tuberculosis. Las formas pulmonares constituyen el 84% de los casos denunciados y la proporción actual de casos nuevos pulmonares que tienen confirmación bacteriológica es del 64%.</p> <p>A nivel jurisdiccional el perfil de Argentina es heterogéneo, con provincias con tasas superiores a 100 casos por 100.000 habitantes y otras en las que la tasa no supera el 20 por 100.000. La curva de notificaciones por edad muestra picos en los menores de 5 años, adultos jóvenes de 25 a 29 años y mayores de 55 años. El incremento en el grupo de 25 a 29 años está principalmente relacionado con la infección por VIH.</p> <p>Se registran aproximadamente 1000 muertes por tuberculosis en el país. Se observa un incremento sustancial de la mortalidad en el grupo de 20 á 29 años producto de la asociación con SIDA.</p> <p>Asociación de tuberculosis con VIH/SIDA: En Capital Federal y el conurbano de Buenos Aires, los casos de tuberculosis con VIH+ constituyen aproximadamente el 7.5% de las notificaciones de tuberculosis. Esta proporción se estima en 2,5% para el total del país. El 75% de los casos de tuberculosis asociados al VIH se concentra en el grupo de 20 a 44 años, con un pico en el grupo de 25 a 29 años (40% del total de casos). Un 10% de casos de tuberculosis con VIH+ se dan en menores de 5 años.</p> <p>La letalidad de los pacientes de tuberculosis con VIH+ es del 43%; el 60% de estas defunciones se produce antes de cumplirse el primer mes de tratamiento antituberculoso.</p>
Definición de caso	<p>Caso sospechoso de TBC pulmonar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tos y catarro persistente de más de 15 días (sintomático respiratorio). -Expectoración con sangre (hemoptisis), con o sin dolor torácico y dificultad para respirar.

	<p>-Pérdida de peso y de apetito, fatiga , sudor nocturno, fiebre, cansancio. Tuberculosis pulmonar con baciloscopia negativa con lesiones radiológicas extensas y sintomatología</p> <p>Caso confirmado de tuberculosis pulmonar -Tuberculosis pulmonar con bacteriología positiva (directo y/o cultivo positivo) (ver Capítulo IV, toma de muestra, página 133).</p> <p>Caso sospechoso de Tuberculosis Extrapulmonar Los síntomas generales de la Tuberculosis extrapulmonar son similares a los de la pulmonar: fiebre, astenia, decaimiento, sudor nocturno, etc. A estos síntomas y signos se agregan los específicos para cada localización. Tuberculosis extrapulmonar severa (meningitis, formas miliares, pericarditis, peritonitis, pleuresía bilateral, intestinal, genital, urinaria, etc.)</p> <p>Caso extrapulmonar confirmado Caso sospechoso con confirmación anatomopatológica y/o bacteriológica.</p>
Modalidad de vigilancia	<p>Se notifican por planilla C2 al SINAVE, semanal, individualizados Las meningitis TB, se notifican como lo establece la notificación de meningitis en general. La notificación de los casos de TBC al Programa específico deberá cumplir con los requisitos que establece el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, y se realizará a través de la ficha específica.</p>
Medidas de control	<p>Detección de sintomáticos respiratorios y efectuar baciloscopia (dos muestras). Tratamiento directamente observado que asegure la curación del enfermo según normas del Programa de Tuberculosis. Vacunación BCG de los recién nacidos antes del alta de la maternidad. Investigación de los contactos de enfermos bacilíferos .</p>

	9.3. - INFECCIONES HOSPITALARIAS
Justificación	<p>Son un problema de la Salud Pública. Alrededor de un tercio de las IH son evitables. Existe un costo social para el paciente y su grupo familiar difícil de ponderar en términos económicos (ausentismo laboral, desintegración del grupo familiar, secuelas transitorias o permanentes de la infección adquirida). Introducir medidas de prevención y control implican, además, un mejoramiento en la calidad de atención médica.</p> <p>Las IH dan pautas generales para la realización de investigaciones epidemiológicas que incrementa el conocimiento de los factores involucrados en la presentación de Infecciones, miden los riesgos de IH y crean medidas para la prevención y/ o control de las mismas.</p>
Descripción	<p>El eje de la vigilancia y control de las IH reside en la organización de los Comités de Prevención y Control de Infecciones Hospitalario (CPCH) y la notificación a través del SINAVE por medio de un Software adecuado que contemple los resguardos legales que ello implica. (Art. 156 del Código Penal). El CPCH se integrará por infectólogo, enfermera orientada al control de infecciones, del laboratorio de microbiología y de la conducción del establecimiento con poder de decisión. Estos constituirán grupos de trabajo de acuerdo a las necesidades programáticas.</p>
Distribución	<p>Causan en la mayoría de los Países una morbilidad que oscila entre el 5 y 15% o más de los pacientes hospitalizados, con un peso de cerca del 1% en la mortalidad hospitalaria como causa directa y un 4 a 5% como contribuyente y una prolongación de la internación de 5 a 10 días.</p>
Definición de Términos	<p>IH es cualquier infección que se inicia durante la hospitalización y que no se encontraba presente o incubándose al momento del ingreso del paciente.</p>
Estructura por niveles y flujograma de la información	<p>Se crearán las estructuras correspondientes a cada nivel, siendo indispensable en nivel local contar con un CPCH que informará mensualmente al nivel zonal o regional, los casos acaecidos en el mes anterior (para los casos de Infecciones quirúrgicas se respetarán los tiempos fijados por las definiciones específicas)</p> <p>En el nivel zonal y/o provincial se usarán las estructuras existentes designándose personal y equipamiento específico quienes elevarán mensualmente la información al nivel nacional.</p> <p>En el nivel nacional se trabajará con las estructuras existentes y los recursos técnicos específicos quienes elaborarán informes para publicarlos en el boletín epidemiológico.</p> <p>En caso de brotes se elaborarán informes específicos.</p> <p>Los registros a través de los cuales se realice la vigilancia serán aquellos que ofrezcan la mayor información de acuerdo al problema que se está analizado (Historias clínicas, de laboratorio, registros de Farmacia, otros). Se utilizarán los sistemas de tabulación, análisis y de validación de los datos acordes al software específico dentro de la estructura del SI.NA.VE.</p>
Estrategias y técnicas de vigilancia	<p>Pueden ser:</p> <p>Exhaustiva (Global de todo el hospital)</p> <p>Específica o Parcial (de acuerdo al mayor riesgo de patologías del área, prácticas implementadas o tratamientos).</p> <p>Intensificada focaliza hacia los grandes problemas de IH para obtener el mayor impacto con el menor esfuerzo.</p> <p>Las TECNICAS para llevarla a cabo pueden ser:</p> <p>Pasiva (que surge del análisis del o los registros)</p> <p>Activa (prospectiva). Esta última es la metodología más adecuada para la vigilancia intensificada.</p>
Análisis de datos de IH	<p>Índices de utilización de procedimientos invasivos y percentilos de distribución</p> <p>Tasas globales y específicas de Infecciones Hospitalarias según factores de riesgo</p> <p>Percentilos de distribución de las tasas</p> <p>Microorganismos causales según factor de riesgo de las infecciones y resistencias a los antimicrobianos.</p> <p>Perfiles de resistencias</p> <p>Índices de utilización de procedimientos y tasas de IH según áreas de riesgos y factores específicamente seleccionados</p>
Medidas de Control de IH	<p>Se implementarán de acuerdo a las normas nacionales adaptadas por cada institución según nivel de complejidad.</p>

9.4. - ENFERMEDADES EMERGENTES Y RE-EMERGENTES.

DEFINICION:

Según el CDC:

Son enfermedades infecciosas nuevas, reemergentes o infecciones multirresistentes cuya incidencia en el hombre ha aumentado en las últimas dos décadas o que amenazan con aparecer repentinamente.

Stephen Morse de la Rockefeller Foundation, propone definir las como: Aquellas enfermedades infecciosas que han aparecido por primera vez en una población o que han existido y aumentan rápidamente su incidencia o área geográfica.

CLASIFICACION:

GRUPO I (ENFERMEDADES RECIEN DESCUBIERTAS):

- SIDA (VIH)
- Ebola y Marburg (filovirus homónimos)
- Fiebres hemorrágicas virales (Argentina, boliviana, venezolana, etc)
- Síndrome pulmonar por Hantavirus (USA, Argentina)
- Hepatitis C
- Hepatitis E
- Enfermedad de Lyme (espiroqueta *Borrelia burgdorferi*)
- Síndrome urémico hemolítico por E. coli 0187
- Cólera por V. cholerae 0139 en Asia

GRUPO II (INFECCIOSAS PREEXISTENTES QUE RESURGEN O APARECEN EN NUEVOS CONTEXTOS-REEMERGENTES)

- Cólera en las Américas desde 1992
- Paludismo, fiebre amarilla y dengue en países no tropicales
- Meningitis meningocócica
- Leishmaniasis y Chagas en áreas geográficas nuevas
- Difteria en Rusia y otros países por bajas coberturas

GRUPO III (ENFERMEDADES CONOCIDAS CUYO TRATAMIENTO YA NO ES EFICAZ)

- Paludismo resistente a cloroquina
- Neumonía neumocócica multirresistente
- Enterococcias resistentes a vancomicina
- Gonorrea resistente
- Tuberculosis multirresistente
- Shigellosis multirresistente

ALGUNOS FACTORES CONTRIBUYENTES PARA LA EMERGENCIA

1-DESARROLLO ECONOMICO Y USO DE LA TIERRA:

- intromisión humana en eco ambientes vírgenes, con propósitos de trabajo, asentamiento, cultivo y cría de ganado, y turismo.
- proyectos de riego o deforestación que modifican el ambiente natural.
- cambios climatológicos y de las temperaturas cíclicos de corto y largo plazo.

2-DEMOGRAFICOS Y CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO HUMANO:

- crecimiento de la población humana y cambios de la estructura demográfica de las poblaciones, que indican un número importante de personas susceptibles que viven en lugares pobres y áreas urbanas superpobladas.
- cambios en composición de grupos poblacionales tanto intra países como entre países, debidos a condiciones económicas cambiantes, desastres naturales o conflictos militares.
- déficit de infraestructura básica
- migraciones
- conductas sexuales y uso de drogas inyectables

3-INSUFICIENCIA DE INFRAESTRUCTURA DE SALUD PUBLICA Y DETERIORO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS:

- disminución de la vigilancia y control de las enfermedades particularmente de origen hídrico y transmitidas por alimentos y de las inmunoprevenibles.
- pérdida de la pericia diagnóstica médica sobre todo para la detección temprana de plaga, rabia, malaria, fiebre amarilla.

4-AUMENTO DEL COMERCIO EXTERIOR Y EL TURISMO INTERNACIONAL:

- inadecuada preparación, almacenamiento, transporte y control de calidad de alimentos, que se distribuyen en mercados internacionales y que a veces pueden estar contaminados con bacterias y virus.
- el transporte moderno que permite la movilización de personas desde y hacia áreas remotas en relativamente pocas horas, crea la oportunidad de la aparición de brotes y diseminación de enfermedades en áreas urbanas alejadas de las fuentes de contagio y nichos naturales de ciertas enfermedades.
- el turismo de aventura ha permitido y permite el contacto de personas susceptibles con insectos portadores de paludismo, fiebre amarilla y otras condiciones muchas veces desconocidas.

5-ADAPTACION Y CAMBIOS DE LOS GERMENES Y AVANCES EN LA TECNOLOGIA DIAGNOSTICA:

- uso excesivo e inadecuado de antibióticos en humanos y animales, esto incluye duración de los tratamientos, elección inadecuada del antibiótico o de la dosis recomendada.
- aumento del uso de técnicas de diagnóstico y tratamiento invasivas que incrementan el riesgo de las infecciones intra hospitalarias.
- cambios en el nicho ambiental que permiten la permanencia de gérmenes resistentes.
- Presencia de factores que facilitan la transmisión desde reservorios o entre las personas.

Para revertir la amenaza de la aparición de las enfermedades emergentes y re-emergentes en la población es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- 1.- Fortalecer las redes de vigilancia de las enfermedades infecciosas para:
 - Determinar las características epidemiológicas de las enfermedades.
 - Generar hipótesis para la investigación epidemiológica.
 - Evaluar programas de prevención y control.
 - Prever las necesidades futuras de servicios de salud.
 - Disminuir los costos en salud por la intervención temprana.
- 2.- Desarrollar la infraestructura necesaria para el alerta precoz y la respuesta rápida mediante el mejoramiento del laboratorio y los programas de capacitación multidisciplinarios:
 - Recursos humanos y tecnológicos adecuados en los laboratorios.
 - Capacitación permanente del recurso humano de las áreas de laboratorio y clínica.
 - Establecimiento de redes de comunicación adecuadas.
 - Integración de los diferentes niveles dentro de organización del sistema de salud
 - Apoyo político y gubernamental para reconocer las enfermedades emergentes y re-emergentes dentro de las políticas prioritarias.
 - Presupuestos de largo plazo.
- 3.- Impulsar la investigación aplicada para:
 - Desarrollo de técnicas de diagnóstico rápidas.
 - Métodos epidemiológicos y de efectividad de la prevención.
 - Investigaciones clínicas.
- 4.- Fortalecimiento para la capacidad de prevención y control a través de:
 - Diseminación oportuna de la información.
 - Capacitación continua sobre la resistencia anti-microbiana .
 - Fortalecimiento de la respuesta y medidas de control ante brotes y emergencias provocadas por estas enfermedades.

CAPITULO IV

- 1.- El laboratorio en la Vigilancia Epidemiológica. Pág. 123.**
- 2.- Red de Laboratorios . Pág. 126.**
- 3.- Toma de muestras según patologías. Pág. 133.**

1. - EL LABORATORIO EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.

El laboratorio aporta al conocimiento cuali y cuantitativo del daño provocado por una enfermedad en la comunidad, a la definición de esquemas eficaces de tratamiento y a su prevención; es por lo tanto, un componente esencial en los sistemas de Vigilancia Epidemiológica y de Control de Enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Su eficacia y eficiencia están relacionados con la capacidad de organización de los efectores para lograr cobertura en todo el país, en el momento y lugar en que se necesite el acceso a un diagnóstico equitativo.

Para lograrlo, es necesario que se establezca una RED NACIONAL DE LABORATORIOS DE SALUD, entendiendo por tal a una estructura conformada por efectores de diferentes niveles de complejidad, que interactúan entre sí en forma solidaria, unidos por objetivos comunes, subsidiando y participando en la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevalentes en la comunidad.

Esta unidad consiste principalmente en normas, información, técnicas, insumos y sistema de control de calidad comunes a todos los efectores de la red.

La organización está conformada por diferentes niveles de complejidad actuando mancomunadamente:

Nivel Central Nacional.

Este nivel es liderado en el país por la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (A.N..L.I.S.) "Dr. Carlos G. Malbrán" la que, a través de los Institutos y Centros que la componen, coordina la Red Nacional de Laboratorios de Salud (RELAS). Este organismo central tiene entre sus funciones las siguientes relacionadas con la Vigilancia Epidemiológica:

- Organizar e implementar la Red nacional de Laboratorios de Salud, para lograr cobertura y accesibilidad nacional de diagnóstico.
- Promover la articulación con organismos nacionales, provinciales y municipales tendiente a apoyar la Vigilancia Epidemiológica
- Organizar un sistema nacional de información en apoyo a la Vigilancia
- Promover y orientar la investigación y el desarrollo de nuevas técnicas adecuadas a las necesidades de diagnóstico del país.
- Promover la elaboración y validación de normas técnicas y operativas de laboratorio.
- Promover el desarrollo y capacitación del recurso humano para el sistema.
- Asesorar y apoyar en la adquisición de insumos para determinados diagnósticos.
- Promover el desarrollo y producción de biológicos para el diagnóstico.

La estructura nacional se completa con los Centros de Referencia Nacional.

El Centro Red Nacional de Laboratorios Argentinos de Salud (RELAS) coordina más de 700 laboratorios en el país que trabajan en red, de acuerdo a normas elaboradas por cada Laboratorio de Referencia Nacional.

Estos laboratorios coordinan a través de los Laboratorios de Referencia de cada jurisdicción quienes se comunican con los niveles intermedios y estos con los de Atención Primaria de la Salud.

También integran la red laboratorios universitarios y municipales que realizan actividades de vigilancia epidemiológica.

Los Laboratorios de Referencia Nacional son centros especializados, de alta complejidad en sus áreas específicas, a los que se les asignan las siguientes funciones generales relacionadas con la Vigilancia Epidemiológica:

- Elaborar y validar normas técnicas y operativas.
- Capacitar u orientar la capacitación del recurso humano.
- Supervisar y controlar la calidad de los laboratorios de la red.
- Coordinar la recepción y análisis previo de la información originada por los laboratorios de la red.
- Evaluar el desempeño de los laboratorios.
- Desarrollar nuevas técnicas adaptadas a las necesidades del país.
- Coordinar estudios nacionales o regionales tendientes a caracterizar enfermedades.
- Coordinar actividades con el RELAS.
- Asesorar en la adquisición de reactivos e insumos o en el desarrollo de los mismos.

Niveles jurisdiccionales.

En las jurisdicciones se repite la estructura central con un Laboratorio Central Provincial o un Coordinador de Redes, según el tamaño de la provincia se cuenta con más de un Laboratorio Provincial de Referencia, adecuados a las patologías prevalentes en la jurisdicción. Las funciones son similares a las de los respectivos niveles nacionales.

Asimismo, de acuerdo a la complejidad de las jurisdicciones en algunas de ellas se establece un Nivel Intermedio (Zonal, Departamental, etc...), con funciones similares a las del Nivel Central Provincial, acotadas a su área de influencia.

La estructura de la red tiene como soporte a los Laboratorios de Atención Primaria de la Salud o de Primer Nivel de Atención o Nivel Local, quienes desarrollan la principal actividad de diagnóstico.

Estos laboratorios deben estar adecuados al perfil epidemiológico del área que atienden, poniendo énfasis en las patologías prevalentes. Su perfil debe ser definido por los laboratorios intermedios o centrales provinciales.

A continuación se presentan:

- Laboratorios de Referencias Nacionales y Redes de laboratorios
- Procedimientos y normas de toma, conservación y envío de muestras para facilitar el diagnóstico de algunas enfermedades.

2. RED DE LABORATORIOS

2.1. - REFERENCIA NACIONAL DE CHAGAS – DENGUE – LEISHMANIASIS

Coordinación Nacional de Control de Vectores - Córdoba –	9 de Julio 356 5º Piso C.P. 5000 – Pcia. de Córdoba TE/FAX 0351-426-4705 /0351-422-3540 soniablanc@arnet.com.ar
Dirección Naci. de Epidemiología Ministerio de Salud.	Av. 9 de Julio 1925 9º Piso C.P. 1332 C. F. TE 011-4379-9043 FAX 011-4379-9127

2.2. - LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA DE FIEBRE AMARILLA

Instituto Nac. de Enfermedades Virales Humanas	Monteagudo 2510 C.P. 2700 – Pergamino – TE 02477-429712 FAX 02477-433045
--	---

2.3. - LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA DE BOTULISMO

Instituto Nac. de Enfermedades Infecciosas - ANLIS - "C. G. Malbrán"	Av. V. Sarsfield 563 C.P. 1281 – C. F. TE. 011-4303-1806/11 int. 258 FAX. 011-4303-1433/2382/2817 anlis@gov.ar www.anlis.gov.ar
Catedra de Microbiología de la Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Cuyo. 4494047	C. Universitaria Pque. Gral. S. Martín S/N C.P. 5500 – Pcia. de Mendoza TE. 0261-4494112 FAX 0261-
Referencia Nacional INAL-ANMAT Fiscalización de alimentos 3537/3526	Av. de Mayo 869 C.P. 1085 C. F. TE/FAX 011-4340-0800 int.

2.4. - REFERENCIA NACIONAL DE CHAGAS

Coordinación Nacional de Control de Vectores	Av. 9 de Julio 356 5º Piso C.P. 5000 Pcia. de Córdoba TE/FAX 0351-426-4705/4223540 soniablanc@arnet.com.ar
Servicio Nacional de Chagas	Paseo Güemes 125 C.P. 4400 Pcia. de Salta TE 0387-421-0630 FAX 0387-431-0684

Instituto Nacional de
Parasitología – Fatała Chaben

P. Colón 568 C.P. 1063 C. F.
TE 011-4331-2330
FAX 011-4343-3965

2.5. - REFERENCIA NACIONAL DE PALUDISMO

Programa Nacional de Paludismo

P. Güemes 125 C.P. 4400 Pcia de
Salta TE. 0387-431-0806
FAX 0387-431-0684

Dirección de Epidemiología -
Ministerio de Salud

Av. 9 de Julio 1925 9º Piso C.P. 1332
C. F. TE. 011-4379-9043
FAX. 011-4379-9127

Coordinación Nacional de Control
de Vectores

9 de Julio 356 5º Piso C.P. 5000 –
Pcia. de Córdoba
TE/FAX. 0351-426-4705/422-3540
Soniablanco@arnet.com.ar

2.6. - REFERENCIA NACIONAL DE LEISHMANIASIS

Instituto Nacional de
Parasitología – Fatała Chaben

P. Colón 568 1º Piso - C.P. 1063 C. F.
TE 011-4331-2536
FAX 011-4343-3965

2.7. - REFERENCIA NACIONAL DE TUBERCULOSIS

Programa Nacional – INE -
“E. Coni”

Blas Parera 8260 C.P. 3000 Pcia. de
Santa Fe TE/FAX 0342-489-2827

2.8. - REFERENCIA NACIONAL DE LEPRO

Programa Nacional - Instituto
Nacional de Parasitología -
Fatała Chaben

P. Colón 568 1º Piso - C.P. 1063 C. F.
TE 011-4331-2536
FAX 011-4331-7142

2.9. - REFERENCIA NACIONAL DE HANTAVIRUS

Programa Nacional –
Dirección de Epidemiología –
Mrio. de salud

Av. 9 de Julio 1925 9º Piso C.P. 1332
C. F. TE. 011-4379-9043
FAX 011-4379-9127

Laboratorio Referencia – INVEH
“Dr. Julio I. Maiztegui”

Monteagudo 2510 C.P. 2700 –
Pergamino – TE. 02477-429712/14
/433044/425700 FAX. 02477-433045
inevh@satlink.com
postmaster@inevh.sid.ar

Laboratorio Referencia – INEI – Av. V. Sarsfield 563 C.P. 1281 C. F.
ANLIS – Malbrán – Departamento TE. 011-4303-1812
de Virología FAX. 011-4303-1433/2382/2817
anlis@gov.ar www.anlis.gov.ar

2.10. - REFERENCIA NACIONAL ETS Y SIDA

Programa Nacional de los Av. 9 de Julio 1925 4º Piso C.P. 1332
Retrovirus Humanos, SIDA y ETS C. F. TE. 011-4379-9017
FAX. 011-4379-9157
astarloa@msal.gov.ar

Centro Nacional de Referencia Av. V. Sarsfield 563 C.P. 1281 C. F.
en ETS – INEI – ANLIS “Malbrán” TE. 011-4303-1812
FAX. 011-4303-1433/2382/2817
anlis@gov.ar www.anlis.gov.ar

Centro Nacional de Referencia Paraguay 2150 10º Piso – C.P.1113
de HIV - Facultad de Medicina C. F. TE/FAX. 011-4508-3689

2.11. - UNIDADES CENTINELAS DE HEPATITIS VIRALES

Programa Nacional – Dirección Av. 9 de Julio 1925 9º Piso C.P. 1332
de epidemiología – Mrio. de C. F. Te. 011-4379-9043
Salud – Dpto. de Inmunizaciones FAX. 011-4379-9127
inmuniza@msal.com.ar

Instituto Nacional de Enfermedades Av. V. Sarsfield 563 C.P. 1281 C.F.
Infecciosas – ANLIS – Centro TE. 011-4301-7428
Nacional de Hepatitis Virales FAX. 011-4302-5064

Unidad Centinela NEA – Av. 9 de Julio 910 C.P. 3500 -
Hospital Perrando Resistencia - Pcia. del Chaco
TE. 03722-442399
FAX 037522-425944

Unidad Centinela Centro – Obispo Salguero 50 C.P. 5000 -
Hospital San Roque Pcia. de Córdoba
TE. 0351-4342439/45
FAX. 0351-4342443/48

Unidad Centinela Cuyo – Alem y Salta C.P. 5500 – Pcia. de
Hospital Central Mendoza TE. 0261-4200600
FAX. 0261-4201514

Unidad Centinela Litoral – Suipacha 531 C.P. 2000 – Rosario
Centro Tecnológico Salud Pública Pcia. de Santa Fe TE. 0341-4370765
ctspunr@citynet.net.ar

Unidad Centinela "Maternidad Martín"	Moreno 960 C.P. 2000 – Rosario Pcia. de Santa Fe TE. 0341-4802188 FAX. 0341-4802245
Unidad Centinela Buenos Aires Instituto de Hemoterapia	Calle 15 y 66 C.P. 1900 – La Plata TE/FAX. 0221-4534012 hemoba@gba.gov.ar
Unidad Centinela - Sor María Ludovica	Calle 14 entre 65 y 66 C.P. 1900 – La Plata TE. 0221-4535901 FAX. 0221-4535930
Unidad Centinela Neuquén – Hospital Zonal – Hospital Provincial de Neuquén "Redón"	Buenos Aires 450 C.P. 8300 – Pcia. del Neuquén TE. 0299-4490800 FAX. 0299-4424831 dire@hpn.fspn.sld.ar
Unidad Centinela Patagonia – Hospital Zonal Dr. Adolfo Margara	28 de Julio 160 C.P. 9103 – Trelew TE. 02965-427542 FAX. 02965-421385/427543/42/560 hzt@arnet.com.ar
Unidad Centinela Capital Federal Hospital Argerich	Alte. Brown 240 C.P. 1155 – C. F. TE. 011-4362-5555 int. 221 FAX. 011-4362-2621
Unidad Maternidad Sardá	Esteban de Luca 2151 C.P. 1246 – TE/FAX. 011-4943-3567/3038/5028
Unidad Centinela – Hospital Nacional Profesor A. Posadas	Av. Marconi y Pte. Illia C.P. 1706 - Haedo Norte Pcia. de Buenos Aires TE. 011-4469-9200 FAX. 011-4654-7182/4658-8333
Unidad Hospital de Clínicas	Av. Córdoba 2351 C.P. 1120 – C .F. TE. 011-4508-3888/3900 FAX. 011-4508-3777/3995 www.hc.frned.uba.ar

2.12. - FIEBRE HEMORRAGICA ARGENTINA
CENTROS DE REFERENCIA PROVINCIALES
Y BANCOS DE PALSMA INMUNE

Programa Nacional – INEVH "Dr. Julio I. Maiztegui"	Monteagudo 2510 C.P. 2700 Pergamino TE. 02477-429712/14 /433044/425700 FAX.02477-433045 inevh@satlink.com postmaster@inevh.sid.ar
---	---

Dirección Provincial de Promoción y Protección para la Salud – Mrio. Acción Social y Salud Pública	1° de Mayo 2064 C.P. 3000 – Pcia. de Santa Fe TE. 0342-459-9684 0342-459-4055 FAX. 0342-459-9684
Hospital Provincial de Rosario	Alem 1450 C.P. 2000 – Rosario – Pcia. de Santa Fe TE. 0341-4211399/134 0341-4247726 FAX. 0341-4218864
Delegación Zona Sanitaria VI	Urquiza 750 C.P. 2500 – Cañada de Gómez – Pcia. de Santa Fe. TE/FAX. 03471-425990
Delegación Zona Sanitaria VII	Gutiérrez 55 C.P. 2600 – Venado Tuerto – Pcia. de Santa Fe. TE/FAX. 03462-422711
Delegación Zona Sanitaria VIII	Rioja 825 C.P. 2000 – Rosario – Pcia. de Santa Fe. TE/FAX. 03471-425990
Hospital Pasteur	Mendoza 2225 C.P. 5900 – Villa María Pcia. de Córdoba TE. 0353-4534034 FAX. 0353-4530958
Departamento de Epidemiología Area Celeste – Mrio. de Salud	Av. V. Sarsfield 2311 – Complejo P. Pizurno C.P. 5000 – Pcia. de Córdoba TE. 0351-4688625/4688629 FAX. 0351-4688630
Departamento de Zoonosis Rurales de Azul	España 770 C.P. 7300 – Azul - Pcia. de Buenos Aires TE/FAX. 02281-424483
Hospital San José Pergamino	Bvrd. Liniers 950 C.P. 2700 – Pcia. de Buenos Aires TE. 02477-429791/99 FAX. 02477-426911/5264
Establecimiento Asistencial “Gobernador Centeno”	Calle 17 Esq. 108 C.P. 6360 – Gral. Pico - Pcia. de La Pampa TE/FAX. 02302-436148

**2.13. - RED NACIONAL DE LABORATORIOS DE ENFERMEDADES
FEBRILES EXANTEMATICAS (EFE)
PROGRAMA NACIONAL DE ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN**

Programa Nacional – Dirección de Epidemiología – Dpto. de Inmunizaciones – Mrio. de Salud	Av. 9 de Julio 1925 9° piso C.P. 1332 C. F. TE. 011-4379-9043 FAX. 011-4379-9127 inmuniza@msal.com.ar
---	--

Referencia Nacional – Laboratorio de Virología – Mrio. de Salud	Blas Parera 8260 C.P. 3000 – Pcia. de Santa Fe. TE. 0342-4892895 FAX. 0342-4891178 labcen@arcride.edu.ar
Regionales Cabecera – Hospital “San Juan de Dios” – Laboratorio de Virología	Calle 27 entre 70 y 71 C.P. 1900 - La Plata – Pcia. de Buenos Aires - TE. 0221-45755454 int. 134 FAX. 0221-4535685
Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. J. H. Jara” – Servicio de Virología	Ituzaingo 3520 C.P. 7600 – Mar del Plata – Pcia. de Buenos Aires - TE. 0223-4733449 FAX. 0223- 4744123 inejara@ciudad.com.ar
Hospital P. V. Cordero – Servicio de Inmunoserología	Belgrano 1955 C.P. 1646 – San Fernando – Pcia. de Buenos Aires TE. 011-4744-5885 int. 125 FAX. 011-4744-4633
Hospital Fiorito – Laboratorio de Virología	Av. Belgrano 851 C.P. 1870 – Avellaneda - Pcia. de Buenos Aires TE/FAX. 011-4201-3081 int. 148
Hospital Paroissien	Ruta 3 – Km 51 C.P. 1765 – Isidro Casanova – La Matanza – Pcia. de Buenos Aires TE/FAX. 011-4669-3390 int. 154
Hospital V. López y Planes – Zona Viv.	Alem y 25 de Mayo C.P. 1281 – Gral. Rodríguez – Pcia. de Buenos Aires TE/FAX. 0237-484-0022/23 int. 165
Instituto Nac. de Enfermedades Infecciosas – ANLIS – Malbrán - Servicio de Virosis Respiratorias	Av. V. Sarsfield 563 C.P. 1281 – C. F. TE/FAX. 011-4301-1035 vrnalbra@datamarkets.com.ar
Hospital de Niños “Dr. R. Gutiérrez” – Laboratorio de Virología	Gallo 1330 C.P. 1425 – C. F. Pcia. de Buenos Aires TE. 011-4964-3118 FAX. 011-4965-7569/4963-7569
Instituto Viroológico “Dr. Vanella” Universidad Nacional de Córdoba Laboratorio Sarampión	C. Universitaria Estafeta 32 - Calle Valparaíso S/N C.P. 5016 – Pcia. Córdoba TE. 0351-4334022 FAX. 0351-4608503 snates@cme.uncor.edu
Ministerio de Salud – Laboratorio Central	Av. V. Sarsfield 98 C.P. 3500 - Resistencia – Pcia. del Chaco TE/FAX. 03722-444127 msp laboratorio@ecomchaco.com.ar

Centro Sanitario "Dr. Emilio Coni"	Godoy Cruz 187 C.P. 5519 – Pcia. de Mendoza TE. 0261-4251124 FAX. 02161-252882
Hospital Provincial de Autogestión de Pediatría – Laboratorio de Serología	M. Moreno y Av. Torres C.P. 3300 - Posadas – Pcia. de Misiones TE. 03752-447100 int. 223 FAX. 03752-427687 jorge@escef.unam.edu.ar
Hospital Provincial "Castro Redón" Laboratorio Central	Buenos Aires 450 C.P. 8300 – Pcia. del Neuquén FAX. 0299-4490805 TE. 0299-4490800 int. 851/265/824/805
Hospital "Artémides Zatti"	Av. Rivadavia 351 C.P. 8500 – Viedma – Pcia. de Río Negro TE/FAX 02920-422333
Hospital Materno Infantil – Laboratorio de Inmunoserología	Av. Sarmiento 625 C.P. 4400 – Pcia. de Salta TE. 0387-4215920 int. 113 FAX. 0387-4319093
Ministerio de Salud – Laboratorio de Virología	Blas Parera 8260 C.P. 3000 - Pcia. de Santa Fe TE. 0342-4892895 FAX. 0342-4891178 labcen@arcride.edu.ar
Sistema Provincial de Salud – Laboratorio de Diagnóstico Viroológico	Av. Mate de Luna 1935 C.P. 4000 – Pcia. de Tucumán TE. 0381-4234294 FAX. 0381-225790

3. - TOMA DE MUESTRAS

Enfermedad	Tipo	Nº de muestras y cantidad	Momento de la recolección	Recipiente	Conservación	Transporte	Observación
Diarreas Virales (Rotavirus)	Heces	Una muestra = 1 gr	Antes de los 5 días de evolución	Frasco limpio	De 4° a 8°C	Refrigerado a 4° a 8°C	Ver red laboratorios
Botulismo	Sangre	10 – 15 ml de suero	Ante la sospecha	Frascos cerrados herméticamente y rotulados	Refrigerar sin congelar	En el menor tiempo posible	Ver laboratorios de referencia nacionales INEI-ANLIS y Mendoza
	Heces	25gr		Frascos cerrados herméticamente y rotulados	Refrigerar sin congelar	En el menor tiempo posible	
	Contenido gástrico	25cc	Si es que la ingesta de alimentos fue reciente	Frascos cerrados herméticamente y rotulados	Refrigerar sin congelar	En el menor tiempo posible	
Blenorragia	Exudado endocervical	1 muestra	Ante la sospecha	En tubo de plástico conteniendo el hisopo, cerrado y rotulado	Sin refrigerar	El hisopo debe estar incluido en medio Stuart	Derivar Laboratorios regionales y/o provinciales
	Exudado uretral	1 muestra	Ante la sospecha	Idem a endocervical	Idem a endocervical	Idem a endocervical	
Chagas	Sangre sin anticoagulante	1 muestra 5 ml. de suero	Al momento de la sospecha	Tubo de plástico herméticamente cerrado y rotulado	T° ambiente y procesar antes de las 4 hs. de la extracción. Mayor tiempo refrigerar	Enviar con refrigerante	Derivar al Laboratorio Provincial
Cólera	Materia Fecal	Cantidad suficiente	En el momento de la evacuación espontanea	Frasco estéril	Refrigerado	En medio de transporte Cary Blair, de lo contrario en agua peptonada no más de 8 hs.	Derivar a Laboratorios Provinciales
	Hisopado rectal			Hisopo en tubo estéril	Temperatura ambiente	idem	
Coqueluche	Aspirado naso faringeo	1 muestra 0.5 ml.	Ante de los primeros síntomas	sonda con el aspirado, si es antes de 24 hs.	refrigerado	menos de 24 hs. refrigerado. Más de 24 hs. en medio de transporte	Derivar al INPB-ANLIS Malbrán
	Suero	2 muestras 5ml. cada una	1 en periodo agudo. segunda en crónico	Colocar en un tubo de plástico herméticamente cerrado y rotulado	Refrigerado	Refrigerado	
Dengue	Sangre	2 muestras de suero 5 – 10ml	Fase aguda: a partir del 6° día del inicio de síntomas Fase convaleciente : 10 – 20 días del inicio de los síntomas	Tubo de plástico con cierre hermético Rotulado	No usar anticoagulantes. No congelar	Refrigerado	Ver Normas del Programa Nacional de Control

	Tejidos: Hígado, bazo, pulmón, ganglios, cerebro	1 muestra Fragmento de 1 cm ³	Antes de las 24hs. de la defunción	Tubo de plástico con cierre hermético Rotulado	congelar	Hielo seco Enviar dentro de las 24 horas al centro de referencia que correspon- da	de vectores y Red de Labora- torios
Difteria	Hisopado nasofaríngeo	1 muestra Introducir un hisopo de alambre de cromo o acero inoxidable a lo largo de la base de la cavidad nasal, descender por el cornete hasta la faringe	Al momento de la sospecha	Colocar el hisopo en un tubo estéril, preferente- mente de plástico, hermética- mente cerrado y rotulado	Temperatura ambiente	Medio de Arnies (Stuart's modificado con carbón activado)	Derivar INEI- ANLIS
	Hisopado de fauces	1 muestra Frotar con hisopo estéril membranas puntos blancos o zonas inflamadas del área palatina y faringe posterior	Ante la sospecha	Colocar el hisopo en un tubo estéril, cerrado y rotulado	idem	idem	
	Hisopado de lesiones cutáneas	1 muestra Previa limpieza con solución salina estéril y remoción de costras, presionar el hisopo firmemente dentro de la lesión	Ante la sospecha	Colocar el hisopo en un tubo de plástico cerrado y rotulado	Idem	Idem	
ETA	Materia fecal	25 gr.	Hasta 7 días después del consumo	Frasco esterilizado tapa a rosca	Refrigeradas	Refrigera- das	Derivar Bromato- logía Labora- torios Provin- ciales
	Alimentos	Cantidad suficiente	Lo antes posible	En frascos estériles boca ancha tapa a rosca en bolsa de polietileno	Refrigerar Remitir aún en estado de descomposi- ción o escasos restos.	Refrigerado	
	<p>Para valor legal Las muestras deben corresponder al mismo lote; el envase no debe haber sido abierto debe estar precintado, en bolsa de plástico lacrada o sellada. Labrar un acta donde conste fecha, lugar, personas presentes en el acto, producto y lotes. Dejar una copia de este acta al dueño del negocio. Ante la ausencia de escribano debe estar firmada por alguna autoridad local (policía, médico, etc.).</p>						

Fiebre Amarilla	Sangre	2 muestras de suero de 5 ml c/u	Fase aguda, a partir del 6° día Fase convaleciente 10-20 días del inicio de la enfermedad	Tubo de plástico herméticamente cerrado y rotulado	No usar anticoagulantes Refrigerar	Refrigerado	INEV – ANLIS Malbrán Red de Laboratorios
Fiebre Hemorrágica	Sangre	2 muestras de suero de 10 ml. cada una.	Primera muestra después de los 6 días de comenzados los síntomas	Tubo estéril, preferentemente de plástico, cerrado y rotulado	El suero se debe conservar a - 20 ° C hasta su envío	Mantener la cadena de frío	Ver Normas del Programa Nacional de Control y Red de Laboratorios
	Tejidos	1 muestra	Biopsia-Necropsia	Frasco estéril	Medio de transporte para virus.	No colocar formol . refrigerado	
	Coagulo	1 muestra	Durante los primeros días de comenzados los síntomas	Frasco estéril	refrigerado a 4 C.	Conservar cadena de frío	
	Sangre heparinizada	1 muestra 10 ml.	Periodo agudo	Tubo estéril con heparina con tapón de goma estéril	se conservan a - 70° C	Enviar con hielo seco	
Hantavirus	Sangre	2 muestras de suero 10 ml c/u	2 muestras recogidas en la fase aguda y en la de convalecencia con un intervalo de 15-20 días entre ambas	Tubos plásticos con cierre hermético	No usar anticoagulante Refrigerar	Cadena de frío	Derivar las muestras humanas al INEI-ANLIS. Los ratones al INEV-ANLIS de Pergamino
	Sangre	1 muestra 10 ml. Sólo coágulo (PCR)	Preferentemente dentro de los 7 días de iniciados los síntomas	Idem	Coagulo en freezer	Congelado	
	Tejidos fragmentos de órganos	1 muestra en formol bufferado hasta 48 hs. luego fijar en alcohol de 70° C	Autopsia al cabo de las primeras hs. del óbito	Recipiente herméticamente cerrado y rotulado	Temperatura ambiente	Temperatura ambiente	
Hepatitis	Sangre	2 muestras de suero, 1 al comienzo y la segunda a los treinta días.	Ante la sospecha	Tubo estéril cerrado y rotulado	conservar congelado	Enviar refrigerado	Ver Red de Laboratorios
	Material de biopsia		Al momento de la sospecha	colocar en medio de transporte para virus, en su defecto en solución fisiológica		No colocar en formol.	
Influenza	Aspirado nasofaríngeo	1 muestra	Ante la sospecha		Conservar las muestras refrigeradas	Transportar las muestras refrigeradas no congeladas	Derivar Red de Laboratorio

Influenza	Hisopado nasal y faringeo	1 muestra	Ante la sospecha	hisopado introducirlo en medio de transporte	Conservar en medio de transporte	Transportar las muestras en el medio de transporte	
	Lavado bronco alveolar	1 muestra	Ante la sospecha				
Leishmaniasis	Extendido sobre porta objeto del material de lesión según Manual	3 vidrios porta objetos por lesión	Al momento de la sospecha de lesiones no sobre infectadas	Vidrios porta objetos	El extendido debe ser fijado y si es posible colocado con Giemsa o May Grunwald Giemsa. según Manual	Vidrios protegidos a T° ambiente	Derivar a los Laboratorios Provinciales
Leptospirosis	Sangre	1 muestra de suero 2ml. Segunda muestra aproximadamente 20 días después	Ante la sospecha	tubo de plástico cierre hermético y rotulado	Refrigerado	conservar la cadena de frío.	Derivar laboratorio de zoonosis provinc. o INEI-ANLIS
	Orina	1 muestra	A los 10 días de comenzados los síntomas	Frasco de urocultivo estéril. y rotulado	Refrigerado		
Meningitis bacterianas	L.C.R.	1 muestra 2ml	De preferencia antes del inicio de la terapia antibiótica	Tubo estéril tapa a rosca y cierre hermético (No usar tapón de algodón ni de goma)	A temperatura ambiente. Derivar dentro de las 2 horas. Caso contrario mantener en estufa a 37°C	Temperatura ambiente	Derivar a Laboratorios Provinciales o INEI-ANLIS
	Sangre	1 muestra Niños: 1-2 ml Adultos: 5ml	Ante la sospecha	Frasco de hemocultivo comercial con 20 ml en niños o 50ml en adultos	A temperatura ambiente. Derivar dentro de las 2 horas. Caso contrario mantener en estufa a 37°C	Enviar el frasco a T. ambiente en un periodo de tiempo que no supere las 2 o 3 hs.	
	Metodología rápida es aplicable en pacientes mayores de 4 meses de edad. LCR - Sangre - Orina	1 muestra 5ml ó más	Dentro de los 7 días de iniciados los síntomas			Refrigeradas	En cajas térmicas con refrigerante
Meningitis virales	LCR	1 muestra 1 ml.	1 semana de enfermedad	Tubo estéril de preferentemen -te de plástico herméticamente cerrado y rotulado	Refrigerado	Refrigerado a 4° C	Derivar a Laboratorios Provinciales ó INEI-ANLIS
	Suero	2 muestras 2 ml.	1 semana de enfermedad	Idem	Idem	Idem	

	Materia fecal	5 gr.	Idem	Idem	Idem	Idem	
Neumonías	Líquido pleural	Según técnicas	Antes de iniciar la terapia antibiótica.	Tubo estéril cierre hermético tapa a rosca (no usar algodón ni tapón de goma).	Adicionar polianetol sulfonato o heparina estéril . A temperatura ambiente si se deriva dentro de las 2 horas. Caso contrario mantener en estufa a 37°C		Derivar Laboratorios Provinciales
Paludismo	Sangre	1 muestra de sangre desfibrinada en portaobjeto (gota gruesa)	En estado febril	Extendido sobre portaobjeto si es posible coloreado con giemsa	Temperatura ambiente	Temperatura ambiente	Derivar Laboratorios Provinciales
Rabia animal	Cerebro (cabeza) del animal. Si el animal es pequeño, la muestra es el animal entero	1 muestra de cada animal muerto	Al momento de morir o eutanasia	Doble recipiente de metal o plástico cerrado herméticamente	Refrigerado a 4°C	Refrigerado a 4C	DILAB - INEI - ANLIS
Rabia	PREMORTEM Frotis corneal	1 lamina para cada ojo	Al momento de la sospecha	Porta lámina adecuada	Conservar congelado	Envío refrigerado	
	Biopsia cutánea	6mm de diámetro con 10 folículos pilosos.		Gasa estéril húmeda en contenedor cerrado hermético	Conservar congelado	Envío refrigerado	
	Suero (de no vacunado) o LCR	2 ml		Tubo o frasco con tapa a rosca herméticamente cerrados sin preservativos	Conservar solo refrigerado	Envío refrigerado	
	POST-MORTEM Cerebro	Trozo	Al momento de la autopsia	Conservar congelado	Envío con hielo seco		
Parálisis flácida aguda	Materia fecal	1 muestra de materia fecal aproximadamente 10 gr.	Dentro de los 15 días de iniciada la parálisis	10 gramos de cada muestra con diferencia de 24 hs de cada muestra en frasco seco, cerrada y rotulado.	Entre 0° y 8° C	Conservar la cadena de frío	Derivar Laboratorios Provinciales o INEI-ANLIS

Sarampión	Sangre	1 ó 2 muestras 3 – 10ml	1 muestra al 1º contacto con el sospechoso ----- Si fuese obtenida durante las 72hs del inicio del exantema, debe tomarse una 2ª muestra entre el 7º y 14º día después del inicio del exantema	En tubos de plásticos con cierre hermético de rosca	Mantener la sangre entera hasta la retracción del coágulo. Conservar a 4°C durante 24hs. como máximo antes de separar el suero. En caso de no enviar inmediatamente al suero se lo debe mantener entre 0 y 8°C hasta 48hs. Para periodos más prolongados congelarlo	En cajas térmicas con refrigerante	Red de Laboratorio Enfermedades Febriles Exantemáticas
	Orina	5-10 ml.	Ante la sospecha	Tubo de plástico estéril con tapa a rosca	Refrigerado	No diluir en medio de transporte	
	Aspirado nasofaríngeo	Cantidad suficiente		Tubo estéril con tapa a rosca	Refrigerada	Refrigeradas No congelar	
Tuberculosis	Espuito si es posible no material salivoso	1 muestra	De mañana cuando recién se levanta	Frasco con tapa a rosca	Refrigerado sin congelar	Refrigerado a 4 ° C	Derivar laboratorios Provinciales
Tuberculosis meníngea	Para cultivo LCR	2 ml	Extraído antes de la terapia antibiótica	Tubo estéril y cierre hermético	A temperatura ambiente por no más de 3 horas . Caso contrario mantener en estufa a 37°C	Envío urgente al laboratorio a temperatura ambiente en un lapso que no supere las 3 horas.	Derivar Laboratorios Provinciales
	Lavado gástrico	1 muestra. 20 ml. de aspirado	En ayunas, acostado o si es posible, en pacientes con lesiones abiertas que no pueden expectorar	En tubo estéril.	Se conserva a T. ambiente con cristales de bicarbonato de sodio.	transportar rápidamente a T: ambiente.	
	Sangre	2 ml. en niños y 5 ml. en adultos	Antes de la terapia con antibióticos	Agregar la muestra en frasco con caldo hipertónico con anticoagulante.	A temperatura ambiente.	Enviar con urgencia al laboratorio de la red a T. ambiente.	

	Metodología rápida LCR, Sangre - orina		Dentro de los 7 días de comenzada enfermedad. Orina se recomienda tomarla a partir de las 48-72 hs. del comienzo de los síntomas y en volumen no superior a 5 ml.	Tubos o frascos estériles. Rotulados	Refrigeradas	Refrigeradas	
--	--	--	---	---	--------------	--------------	--

* PARA SU CORRECTA IDENTIFICACIÓN ES IMPRESCINDIBLE QUE CADA MUESTRA ESTE ROTULADA EN FORMA COMPLETA:

- a) Apellido y nombre
- b) Fecha de extracción de la muestra
- c) Demás datos necesarios según evento.

ANEXOS

- 1.- Fichas Específicas. Pág. 141.**
- 2.- Listado Legislación Sanitaria. Pág. 156.**
- 3.- Glosario. Pág. 157.**
- 4.- Referencias Bibliográficas. Pág. 171.**

1. – FICHAS ESPECÍFICAS

- 1. 1. – C2. Pág. 142.**
- 1. 2. – L2. Pág. 143.**
- 1. 3. – Poliomiélitis. Pág. 145.**
- 1. 4. – Rubéola congénita. Pág. 146.**
- 1. 5. – Brote de ETA. Pág. 147.**
- 1. 6. – Sarampión. Pág. 148.**
- 1. 7. – Hepatitis. Pág. 149.**
- 1. 8. – Síndrome urémico hemolítico. Pág. 151.**
- 1. 9. – Botulismo. Pág. 154.**

NIVEL JURISDICCIONAL

Semana N°

INFORME EPIDEMIOLOGICO SEMANAL C2

Hospitall.....

Departamento.....

Las enfermedades del listado deben contener todos los datos

BOTULISMO	SARAMPION
COLERA	PARALISIS FLACCIDAS <15años
PESTE	POLIOMIELITIS
FIEBRE AMARILLA	MAREA ROJA
DIFTERIA	TETANOS NEONATAL
RABIA HUMANA	HANTAVIRUS
PSITACOSIS	CARBUNCO

Enfermedades notificadas por número de caso y grupos de edad

	Total	<1	1 a 4	5 a 9	10-14	15-49	50y+	S/esp
INFLUENZA								
DENGUE								
NEUMONIA								
COQUELUCHE								
RUBEOLA								
PAROTIDITIS								

MENINGOENCEFALITIS
 MENINGITIS TB < 5años
 SIFILIS CONGENITA
 SIFILIS
 HEPATITIS A, B, C, otras
 FIEBRE TIFOIDEA
 TETANOS otras edades
 RUBEOLA CONGENITA
 LEPTOSPIROSIS

LEISHMANIASIS
 CHAGAS AGUDO/COGENITO
 BRUCELOSIS
 F.H.A.
 BROTE ETA: TRIQUINOSIS
 BROTES ETA: TOXIINFECCION ALIMENTARIA:
 GONOCOCCIAS
 LEPRA
 TUBERCULOSIS

DIARREAS < 5años
 DIARREA 5 y +
 PALUDISMO
 FIEBRE TIFOIDEA
 URETRITIS NO GONOCC.
 RABIA ANIMAL (especie)
 HIDATIDOSIS

FECHA DIAGN.	APELLIDO y NOMBRE	EDAD		DOMICILIO	DEPARTAMENTO	DIAGNOSTICO	OBSERVACIONES
		FEM.	MASC				

PARALISIS AGUDA FLACCIDA EN MENORES DE 15 ANOS

FICHA EPIDEMIOLOGICA

DEFINICIÓN: Todo caso, de parálisis aguda flácida: síndrome de Guillain Barré, poliomielitis, mielitis transversa, meningoencefalitis, parálisis discalémicas, polineuritis, poliradiculoneuropatías, etc.

Enfermedad de denuncia obligatoria. Ley 15.465 / 60

DATOS DE IDENTIFICACION

Año:..... Fecha de Captación:...../...../.....

Caso N°.....

Apellido y Nombre.....Sexo: F [] M []

Fecha de Nacimiento:...../...../..... Años:..... Meses:.....

Provincia:.....Departamento/Area.....Localidad.....

Domicilio: Calle.....N°Depto.....Barrio

Residencia: Urbano [] Rural [] Fuente de notificación: Público [] Privado [] S. Social [] Otro []

Hospital.....HC N°.....

Localidad..... Provincia.....

DATOS DE VACUNACIÓN

Vacuna SABIN: Si [] No [] No sabe [] N° de dosis:..... Fecha última dosis:...../...../.....

Vacuna Salk : Si [] No [] No sabe [] N° de dosis:..... Fecha última dosis:...../...../.....

DATOS CLÍNICOS:

Fecha de comienzo de la investigación:...../...../.....

Inmunodeficiencia: Si [] No [] Especificar.....

PRODOMOS	FIEBRE	RESPIRATORIOS	DIGESTIVOS	MENINGEOS	DOLOR MUSCULAR
NO					
SI					
NO SABE					

Parálisis:

Inicio:...../...../..... Días de instalacion total de la parálisis..... S. Epid. N°:.....

MIEMBRO	PARALISIS						* REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS	* SENSIBILIDAD
	PROXIMAL			DISTAL				
	SI	NO	N/ S	SI	NO	N/ S		
BRAZO DERECHO								
BRAZO IZQUIERDO								
PIERNA DERECHA								
PIERNA IZQ.								

* N= normal A= aumentado D= disminuído Y= ausente NS= no sabe

Progresión de la parálisis

Ascendente	Descendente	Sin progresión	Simétrica	Asimétrica	Desconocida

Compromiso de pares craneales			Compromiso respiratorio			ARM		
SI	NO	N/S	SI	NO	N/S	SI	NO	N/S

Defunción:Si []No [] Fecha:...../...../.....

DATOS EPIDEMIOLOGICOS:

Posible fuente de infección, durante los 30 previos a la parálisis

-Donde residió? Lugar:..... Fecha:...../...../.....

-Viajó? Si [] No [] Lugar:..... Fecha:...../...../.....

-En esa zona, hubo algún caso de poliomielitis? Si [] No []

-APELLIDO Y NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:.....

CONTROL DE FOCO:

Vacunación de Bloqueo: Si [] No [] N° de dosis:.....Fecha:...../...../.....

LABORATORIO

LCR: Si [] No [] Disociación albúmino/citológica Si [] No [] Fecha:...../...../.....

Materia fecal: Si [] No []

Extracción de muestra Fecha:...../...../.....Recepción del Laboratorio Fecha:...../...../.....

Resultado:

Enterovirus []Adenovirus []Polio []Vacunal []Salvaje []Negativo []Otros [].....

Fecha...../...../.....

SEGUIMIENTO

Evaluación al los 60 días Si [] No [] Fecha:...../...../.....

Parálisis residual Si [] No [] No sabe () Atrofia Si [] No [] No sabe ()

EMG Si [] No []

CLASIFICACIÓN FINAL: Polio [] Compatible con Polio [] Relacionado c/VOP []

Descartado: G.Barré [] Neuritis traumática [] Mielitis transversa [] Tumor [] Otros []

Fecha de diagnóstico final:...../...../.....

**SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA
FICHA EPIDEMIOLOGICA**

Caso sospechoso: Lactante que presenta uno o más de los siguientes signos: Cataratas-glaucoma congénito, enfermedad cardíaca congénita, pérdida de audición, retinopatía pigmentaria.

Enviar a la Autoridad Sanitaria correspondiente

CASO N°.....

DATOS DEL NIÑO

Apellido y nombre:.....

Fecha de Nacimiento .../.../... Fecha del Diagnóstico.../.../...

Edad al diagnóstico:.....meses.....día

DATOS MATERNOS

Apellido y nombre:..... Edad:.....años.

Domicilio:.....

Localidad:..... Departamento:..... Provincia:.....

Número de embarazos anteriores:.....

Vacunación previa (con SRP o antirrubéola): SI NO NO SABE Fecha de vacunación:.../.../...

Durante el embarazo

-Signos clínicos compatibles con rubéola: SI NO NO SABE

-Contacto con personas con enfermedad exantemática y/o artropatía: SI NO NO SABE

-Edad gestacional (en semanas) al momento del contacto y/o de la enfermedad compatible con rubeola:.....

SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS DEL NIÑO (marcar lo que corresponda)

Cataratas o glaucoma Retinopatía pigmentaria Cardiopatía Sordera

Otros (microcefalia, púrpura, esplenomegalia, ictericia, retraso mental, encefalitis, osteopatía)

Especificar:.....

LABORATORIO

Serología IgM específica: Positiva: Negativa:

CLASIFICACIÓN DEL CASO

Sospechoso ? Confirmado ? Descartado ?

Si es descartado, diagnóstico final:

IDENTIFICACIÓN DEL INFORMANTE

Apellido y nombre:.....

Institución:.....

Fecha de sospecha diagnóstica:...../...../..... Firma:



INFORME FINAL DE BROTES (ETA) AL SINAVE

1. **Identificación** del brote: Dia Mes Año Provincia Departam Localidad

2. **Distribución** por grupos de edad

	En riesgo	Enferas
Menor de 1		
1 a 4		
5 a 14		
15 a 44		
45 a 64		
65 y más		
TOTAL		

3. Hospitalizados: Defunciones:

4. Fecha de **primeros síntomas**: Primer caso Último caso

5. Período de **incubación** (marque con X): horas días semanas cuatrisesemanas

Período Mínimo Máximo **Mediana**

6. **Sintomatología**: náuseas vómitos diarrea dolor abdominal fiebre edemas
neurológica cardiovascular cefalea mialgias otros

7. **Alimento** / Vehículo implicado:

Sospechado Confirmado por laboratorio Conf. epidemiológicamente

8. Mecanismo de **transmisión**: (alimento, agua, aire, vectores, etc.) _____

9. Método de **comercialización** : (sin envase, casero, comercial) _____

Tratamiento previo a preparación final : (cocido, refrigerado, congelado, etc) _____

Forma de servir / ingerir : (crudo, calentado, recalentado, otros) _____

10. Donde se **adquirió/consumió** el alimento: (Familiar, Comercial, Institucional, Industrial, Comunitario) _____

11. Principales **factores contribuyentes**: _____

12. **Laboratorio**: resultados

Muestras	(+)	Resultados: etiología - Tipificación
Enfermos		
Manipuladores		
Alimento		
Otros alimentos		
Entorno		

13. Principales **medidas adoptadas** _____

14. **Observaciones**: Informe añadido: a autoridades _____ a comunidad _____ a otros _____

Firma y aclaración del responsable: _____

SARAMPION
FICHA EPIDEMIOLOGICA

DEFINICIÓN: Todo caso, de cualquier edad, que reúna los siguientes criterios clínicos:

- a) Fiebre de 38 o más, anterior o durante el exantema +
- b) exantema generalizado +
- c) catarro nasal o conjuntival o bronquial.

Enfermedad de denuncia obligatoria. Ley 15.465 / 60

DATOS DE IDENTIFICACION

Año:..... Caso N°..... Fecha de Captación:...../...../.....

Apellido y Nombre.....Sexo: F [] M []

Fecha de Nacimiento:...../...../..... Años:..... Meses:.....

Provincia:.....Departamento/Area.....Localidad.....

Domicilio: Calle.....N°Depto.....Barrio

Residencia: Urbano [] Rural [] Fuente de notificación: Público [] Privado [] S. Social [] Otro []

DATOS DE VACUNACIÓN

Vacuna Antisarampionosa ó

Vacuna triple viral: Si [] No [] No sabe [] N° de dosis:..... Fecha última dosis:...../...../.....

DATOS CLÍNICOS:

Fiebre: Si [] No [] Temperatura:.....°C Inicio:...../...../.....

Exantema: Si [] No [] Tipo:..... Inicio:...../...../.....S. Epidemiológica:.....

Catarro Nasal: Si [] No [] Catarro Bronquial: Si [] No [] Catarro Conjuntival: Si [] No []

Tos: Si [] No [] Adenopatías: Si [] No [] Manchas de Koplik: Si [] No []

Internación: Si [] No [] Hospital:..... Defunción:Si []No [] Fecha:...../...../.....

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS: Posible fuente de infección, durante los 15 días previos al exantema:

Fecha de comienzo de la investigación:...../...../.....

-Donde residió? Lugar:.....

-Viajó? Si [] No [] Lugar:.....

-Estuvo en contacto con un caso de sarampión? Si [] No []

-En esa zona, hubo algún caso de sarampión anterior a éste? Si [] No []

CONTROL DE FOCO:

Vacunación de Bloqueo: Si [] No [] N° de dosis:.....Fecha:...../...../.....

LABORATORIO

Extracción de muestra Fecha:...../...../..... Envío al Laboratorio Fecha:...../...../.....

Laboratorio Regional:..... (+) [] (-) [] indeterminado [] Fecha:...../...../.....

Laboratorio de Referencia Nacional: (+) [] (-) [] Fecha:...../...../.....

CLASIFICACIÓN FINAL:

Compatible []
Confirmado [] Laboratorio [] Nexo []
Descartado [] Rubeola [] Dengue [] Otro []

Fecha de diagnóstico final:...../...../.....

Apellido y Nombre del Médico responsable.....

Firma:.....

Fecha:...../...../.....



**MINISTERIO DE SALUD
SECRETARIA DE ATENCION SANITARIA**

AL RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA PROVINCIAL

De nuestra mayor consideración

Estamos enviándole el nuevo modelo de Ficha para la notificación de Hepatitis Virales (B, C, D)

Con motivo de implementar la Vigilancia Intensificada, esta Ficha será propuesta en la próxima Reunión nacional.

Solicitamos a Ud. que realice las correcciones u observaciones que considere necesario antes de realizarse la reunión, de modo de sacar una única Ficha para todo el país.

Enviar correcciones u observaciones a:

TEL: 011 - 4379-9043

FAX 011 - 4379-9127

Mail: vigiepid@msal.com.ar

DI RECCI ON DE EPI DEMI OLOGÍA
BUENOS AI RES 3 DE MARZO DE 2000

FICHA EPIDEMIOLOGICA DE HEPATITIS VIRICAS

B-C-D (HOJA N° 1)

DATOS DE IDENTIFICACION DEL ENFERMO

Apellido y Nombre.....

Fecha de Nacimiento...../...../...../ Edad (Años).....Sexo Hombre Mujer

Domicilio.....

Localidad.....Provincia.....Telef.....

Ocupación..... C.P.....

DATOS CLINICOS	Tipo de Hepatitis:	Hepatitis B	HepatitisC
	Hepatitis D		
Fecha de inicio de los primeros sintomas...../...../...../			
Descripción clínica.....			
.....			
Complicaciones.....			
Ingreso en hospital No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Fecha de hospitalización...../...../...../			
Centro.....Servicio.....			
Evolución: Normal <input type="checkbox"/> Prolongada <input type="checkbox"/> Crónica <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/>			

DATOS DE LABORATORIO	Especificar fecha al diagnostico:..../..../....	
	(+)	(-)
Transaminasas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ag HBs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ag Hbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-Hbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-HBc IgM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-delta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FICHA EPIDEMIOLOGICA DE HEPATITIS VIRICAS

B-C-D (HOJA N° 2)

DATOS EPIDEMIOLOGICOS Datos de 4-28 semanas previos al comienzo de síntomas			
Tipo de caso	Esporádico <input type="checkbox"/>	Asociado a brote <input type="checkbox"/>	
	Sospechoso-Probable <input type="checkbox"/>	Confirmado <input type="checkbox"/>	
Factores de riesgo		SI	NO
1 Es un recién nacido de madre enferma o portadora			NS/NC
2 Ha tenido el enfermo contacto familiar con un caso confirmado o sospechoso de hepatitis B			
En caso afirmativo especificar sexual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
3 Ha tenido el enfermo inoculación percutanea accidental con material potencialmente contaminado con VHB.VHC.VHD			
4 Ha tenido contacto con material potencialmente contaminado con VHB a través de mucosas o heridas			
5 Es residente en una institución para deficientes mentales			
6 Trabaja en una institución para deficientes mentales			
7 Es interno en una institución penitenciaria			
8 Es hemofílico o padece otra enfermedad para la que recibe transfusiones frecuentes			
9 Esta en tratamiento con hemodialisis			
10 Es personal sanitario en contacto con sangre o derivados			
11 Es usuario de drogas por vía endovenosa			
12 Es un paciente con múltiples parejas			
13 Ha permanecido durante tiempo prolongado en una zona de alta endemia			
14 Es homo o bisexual activo			
Medidas adoptadas		SI	NO
Educación sanitaria			NS/NC
Inmunización pasiva o contactos			
Vacunación a contactos			

DATOS DEL DECLARANTE	
Fecha de declaración de caso...../...../...../	
Medico que declara el caso	
Centro de trabajo..... Tfno.....	
MunicipioProvincia.	

PARTE I

Institución: Historia Clínica:

IDENTIFICACION

Fecha de notificación ___/___/___ Nº de Caso _____

Apellido y Nombre del tutor del paciente:

Apellido y Nombre del paciente:

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Edad: años meses Sexo : Masc ₁; Fem ₂

Documento (Tipo, DNI, CI, Pasaporte, Otro) Nº:

Domicilio. Calle: Nº Localidad:

Partido/Dpto: Provincia: CP

Telefono:

Tipo de localidad: Urbana/Suburb ₁; Rural ₂; Otro ₃ (Especificar) _____; NS ₄

ASPECTOS CLINICOS

Fecha Primera Consulta: / / 20

Fecha Inicio de la Diarrea: / / 20

Numero de Deposiciones en 24 hs

Duración de la Diarrea (días): Acuosa ; Mucosa ; Blanda ; Sanguinolenta

Grado de Hidratación: No tiene H₀ <5% H₁ 5-10% H₂ >10% H₃

Fiebre: Si ₁ No ₀ Temperatura: , °C

Vómitos: Si ₁ No ₀; Dolor Abdominal Si ₁ No ₀; Catarro Si ₁ No ₀

Estado Nutricional: Peso (mg) _____; Talla (cm) _____ (3 indicadores peso/edad; peso/talla; Talla/edad)

Fecha de Internación / / 20 Diagnóstico:

Entidad clínica al momento de la sospecha: Dairrea ₁; SUH ₂; Otra ₃

Tratamiento Antibiótico: Si ₁ No ₀

Antibiotico	Dosis (mg.)	Fecha de inicio	Duracion (dias)
Ampicilina			
Trimetro-Sulf			
Nitrofurantoina			
Ciprofloxacina			
Cloranfenicol			
Cefatixina			
Tetraciclina			
Otros (Cual)			

Otro medicamentos (cuales):

Ocupacion del tutor:

Condición Sanitaria:

Agua: Red ₁ Canilla Publica ₂ Pozo ₃ Otra ₄

Excretas: Cloacas ₁ Pozo Ciego ₂ Letrina ₃ Cielo Abierto ₄

Procesamiento de Basura: Recolección ₁ Quema ₂ Entierra ₃ Otro ₄

Alimentos y/o bebidas consumidas en las ultimas 72 hs antes del inicio de la diarrea			
Día = 0 □□ / □□ / 20 □□		1 Día antes □□ / □□ / 20 □□	
Alimento		Alimento	
Desayuno Comida			
Desayuno Bebida			
Almuerzo Comida			
Almuerzo Bebida			
Merienda Comida			
Merienda Bebida			
Cena Comida			
Cena Bebida			

Alimento, Especificar si los alimentos fueron ingeridos con los códigos: Crudos (A) Cocidos (B) Semicocidos (C) (Ej. Carne (B), Zanahoria (A))

Lugar, Especificar local con los códigos: Domicilio (1), Comedor escolar o laboral (2), Restaurant (3), Otro (4). Para los códigos 2 a 4 especificar nombre y dirección. : _____

Contactos con diarrea: Si ₁ No ₀

Convivientes: Si ₁ No ₀

Con Diarrea: Madre ₀, Padre ₁, Hermano ₂, Abuelo ₃, Otro ₄ _____

No Convivientes: Si ₁ No ₀

Con Diarrea: Guarderia ₀, Jardin de Infantes ₁, Colonia ₂, Hospital ₃ Hospital, ₄ Otro

Viajo en los Ultimos 20 días: Si ₁ No ₀ Donde: _____

Resultados de Laboratorio que confirmaron el caso

Tipo de estudio	Resultado (POS/NEG/NR)	Observaciones
STEC		
StxMF		
Serología		

Evolución (hasta el alta en los que evolucionan bien): Buena: ₁; SUH. ₂; Muerte ₃

Firma del remitente (con sello o aclaración) Fecha: □□ / □□ / 20 □□

PARTE II

PARA SER COMPLETADA CON PACIENTES CON SUH. EN TODOS LOS CASOS SE DEBE REMITIR ADJUNTA A PARTE I

Fecha de Internación / / 20 Institución _____

El paciente ingirió las siguientes drogas en las 3 semanas previas al diagnóstico de SUH?

Marcar con una cruz lo que corresponda

Droga	Si	No	NS	Desde(fecha)	Hasta (Fecha)
FALTAN COLOCAR LAS DROGAS					

Indique si tomó otros medicamentos en las 3 semanas previas al diagnóstico de SUH

Droga	Desde(fecha)	Hasta (Fecha)

Diuresis al momento del ingreso: Normal ₀ Oliguria ₁ Anuria ₂

Valor extremo alcanzado o signos observados de los siguientes parámetros que permiten confirmar un SUH

Parámetro	Valor	Fecha
Temperatura		
Presión sistólica		
Hemoglobina		
Hematocrito		
Hematuria Macro/Micro	/	
Uremia		
Creatininemia		
Natremia		
Kalemia		
Plaquetas		
Proteinuria		
Anuria (Nº de días de anuria)		
Cambio microangiopático (Si-No-NS)		
Sangre microscópica en materia fecal (Si-No-NS)		
Sangre macroscópica en materia fecal (Si-No-NS)		

Alguna de las siguientes terapias fue utilizada durante la internación por SUH? Marcar con una cruz lo que corresponda

Terapia	Si	No	NS	Nº
Diálisis peritoneal				
Hemodiálisis				
Plasma congelado				
Plasmaféresis				
Transfusiones				
Esteroides				
Esplenectomía				
Inhibidor de la función plaquetaria				

Compromiso Neurológico: No ₀ Si ₁ (Especifique) _____

Días de internación: ___ Evolución de la Fase Aguda: Buena: ₁ ; Muerte ₂ ; Otra ₃ (Cual)

Fecha: / / 20

Firma del remitente (con sello o aclaración)